Aus der Universitäts-Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Prof. Dr. med. Schulte

DIE BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE
IM SPIEGEL DER PATIENTEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer hohen medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Irmgard Looden
aus Oldenburg (Oldb)

9671

1960

Aus der Universitäts-Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Prof. Dr. med. Schulte

D I E B E S C H Ä F T I G U N G S T H E R A P I E

I M S P I E G E L D E R P A T I E N T E N

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer hohen medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von

Irmgard Looden
aus Oldenburg (Oldb)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. W. Graumann
1. Berichterstatter: Dozent Dr. H. P. Harlfinger
2. Berichterstatter: Professor Dr. W. Schulte

Meiner Mutter
ist diese Arbeit gewidmet,
da sie durch ihren Einsatz mir das
Medizinstudium ermöglicht hat.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547601_0025

INHALT
======

Einleitung S. 1

TEIL A
Wesen und Ziele der psychiatrischen Beschäftigungstherapie

I. Historische Entwicklung S. 2

II. Das Wesen der psychiatrischen Beschäftigungstherapie anhand der vorhandenen Literatur S. 7

III. Eigene Anmerkungen zur Literatur S. 42

TEIL B
Untersuchungen zur psychiatrischen Beschäftigungstherapie an der Tübinger Nervenklinik

I. Grenzen und Vor-Urteile S. 46

II. Die Tätigkeit der Patienten in der Beschäftigungstherapie S. 48

III. Abriß über die Untersuchungen an Patienten
1. Herkunft und Art der Befunde S. 50
2. Das Untersuchungsprogramm S. 53

IV. Die Ergebnisse
1. Patientenaussagen darüber, wieweit die Beschäftigungstherapie geholfen habe S. 55
2. Patientenangaben, die keine oder kaum eine Wirkung sichtbar werden ließen und objektive Befunde dazu S. 61
3. Patienten, bei denen objektiv eine Wirkung erkennbar war S. 66
4. Patientenaussagen über die affektive Einstellung zur Tätigkeit und zur Beschäftigungstherapie S. 70

5. Patienten, über die objektive Aussagen gemacht wurden hinsichtlich der Wirkung auf Konzentration und Ausdauer, auf Ablenkung oder Beruhigung S. 82

6. Patientenaussagen über die Wirkung auf das Selbstvertrauen und objektive Befunde dazu S. 84

7. Patientenaussagen über den Kontakt mit anderen und die Beziehung zur Gemeinschaft innerhalb der Beschäftigungstherapie und objektive Befunde dazu S. 86

8. Patientenaussagen über die Selbständigkeit beim Werken und objektive Befunde dazu S. 96

9. Patientenaussagen über die verschiedenen Materialien und objektive Befunde dazu S. 103

V. Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse S. 126

VI. Inwiefern hat sich die Beschäftigungstherapie als wirksame Therapie erwiesen?
Wertung der Ergebnisse S. 132

Zusammenfassung S. 152

Literaturverzeichnis S. 155

Bis 1960 lag an der Tübinger Universitäts-Nervenklinik die Heranziehung der Kranken zu sinnvoller Tätigkeit in der Hand einzelner weniger Schwestern und Pfleger, die aus eigener Initiative Patienten beschäftigten und auch in Betriebswerkstätten zu Arbeiten heranzogen, deren Produkte meist nachher verkauft wurden. Von dem Erlös wurde dann neues Material beschafft.
Durch den Einfluß von Professor Schulte wurden 1961 diese arbeitstherapeutischen Ansätze durch eine Werktherapie ergänzt, und es wurden Beschäftigungstherapeutinnen angestellt, welche die neuen Impulse einer mehr individuellen Beschäftigung der Patienten zur Anwendung brachten.

Auf Anregung von Herrn Professor Schulte habe ich mich nun darum bemüht herauszufinden, welchen Therapeutischen Rang die Beschäftigungstherapie in der Klinik einnimmt.
Dazu war von Interesse, wie diese Therapie vom Patienten selber erlebt wird - was er darüber sagt und wie sie auf ihn wirkt. - Dem auf dieser Fragestellung aufgebauten und gewonnenen Material an Patientenaussagen wurden objektive Beobachtungen der Therapeutinnen gegenübergestellt.

Diese Untersuchung ist nur sinnvoll, wenn zuerst danach gefragt wird, wie die Beschäftigungstherapie eigentlich gemeint ist und zur Anwendung kommt. Deshalb habe ich der Besprechung ihrer Grundlagen und ihrer Anwendungsweise nach der Literatur einen größeren Raum zugemessen.

Über die besondere Fragestellung meines Themas habe ich keine Literatur gefunden. Es kam mir auch mehr darauf an, die Untersuchung speziell an den Gegebenheiten und den Patienten der Tübinger Nervenklinik durchzuführen.

TEIL A

WESEN UND ZIELE DER PSYCHIATRISCHEN BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE

I. Historische Entwicklung

Wenn auch die moderne psychiatrische Beschäftigungstherapie eigene und in der Betonung ihrer Ziele neuartige Wege geht, so wird doch nirgends geleugnet, daß ihre Wurzeln in arbeitstherapeutischen Bemühungen und Erfahrungen früherer Jahrzehnte, ja Jahrhunderte liegen.
Schon in der Spätantike war die Idee lebendig, daß die Arbeit heilende Einflüsse habe. Immer wieder, vor allem aber während des vorigen Jahrhunderts, wurde in mehreren Ländern eine nützliche Betätigung für psychiatrisch Kranke eingeführt.
Namen wie Pinell in Frankreich, Conolly in England, Pisani und Chiarugi in Italien, Reil, Jacobi, Griesinger in Deutschland, auch von Bodelschwingh werden genannt und in diesem Jahrhundert neben dem als bedeutenden Bahnbrecher dieser Therapie bezeichneten Psychiater Hermann Simon die Erkenntnisse von z. B. E. Bleuler, Stranski und Klaesi. Nach dem zweiten Weltkrieg führen dann vor allem Janz und Hillers die schöpferische und individuelle Beschäftigungstherapie ein.[1)]

Hermann Simon, Direktor der Gütersloher Anstalten, veröffentlichte 1927 sein Programm über die "Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt". Er führte in seiner Anstalt eine konsequente Arbeitstherapie durch, die vorbildlich wurde

---

1) Siehe: Schulte, Klinik der "Anstalts"psychiatrie ( ), S. 56

über die Grenzen Deutschlands hinaus und das Bild der psychiatrischen Anstalt vorteilhaft veränderte. Die schizophrenen Kranken wurden grundsätzlich als Menschen behandelt, die für ein vernünftiges Handeln wenigstens begrenzt verantwortlich gemacht und zu sozialer Anpassung an die Umwelt erzogen werden können. Indem von ihnen stufenweise jeweils ein Höchstmaß an Eigenverantwortung und Einordnung in einen Arbeitsgang und eine mit ihnen zusammenarbeitende Gruppe gefordert wurde, machte man die Beobachtung, daß viele der sonst so unbeeinflußbaren Krankheitssymptome dahinschwanden. Simon schuf in seiner Anstalt ein Milieu, das sich auch auf die schwersten Kranken günstig auswirkte - einen ordnenden und heilenden Einfluß, zumindest, was die sozialen Funktionen der Kranken betrifft.

Auch heute, nachdem die Psychopharmaka als eine relativ wirksame Therapie eingeführt worden sind, spielt die Arbeitstherapie in den psychiatrischen Anstalten noch eine wesentliche Rolle. Das wird auch von Schulte betont: "Die Arbeitstherapie muß die selbstverständliche Basis für jede Therapie innerhalb der Anstalt bleiben"[1], natürlich in moderner und unter Umständen individueller Form.

Die Wirkung der Arbeitstherapie besteht nach Schulte darin, daß in ihr "anstelle introvertierter Erlebnisgebundenheit das extraversierte Moment einer Zuwendung auf objektive Leistungsziele"[2] tritt. Durch "anschauliche Situationsformung" (Reichner)[3] und durch reflektorische Nachahmung von seiten der Patienten werden die psychotischen Erscheinungen abgebaut und der Bezug zur realen Außenwelt gefestigt. Dabei

---

1) Schulte, Klinik der "Anstalts"psychiatrie ( ), S. 64
2) Schulte, " " S. 66
3) zitiert nach Schulte, " S. 66

spielt die unermüdlich appellierende Funktion des Arztes eine wichtige Rolle. - Für eine möglichst frühzeitige arbeitstherapeutische Behandlung schizophrener Psychosen zur Beeinflussung des Krankheitsbildes und Vermeidung des "psychischen Hospitalismus" setzte sich auch der österreichische Psychiater H. Lindinger[1] ein, welcher meinte, daß die günstigste Zeit für den Beginn der Arbeitstherapie zwischen der 3. und 6. Woche nach Krankheitsausbruch liege.

Nachdem durch das Beispiel Hermann Simons der Gedanke der Betätigung der Kranken in Deutschland Fuß gefaßt hatte, finden wir z. B. schon 1928 modern anmutende Gedanken und Praktiken auf diesem Gebiet. - In einem Protokoll der Tagung der deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus forderte v. Hugo[2], daß bei der arbeitstherapeutischen Behandlung von Geisteskranken der Rentabilitätsgedanke ganz zurücktreten müsse, ausschlaggebend sei die psychotherapeutische Wirkung auf den Kranken. Und "jeder unmittelbare Zwang zur Beschäftigung ist zu vermeiden, da sonst die heilsame Wirkung für die Kranken infrage gestellt ist". Er zitierte Goldscheider, der meinte, die "Beschäftigungstherapie habe einen Sinn als Psychotherapie". Sie "sei eine Übung des Willens und mache Freude, wenn der Kranke sieht, daß er etwas leistet. Wenn die Beschäftigungstherapie dem Kranken nicht zusagt, wird man keinen Erfolg haben". Man sieht darin, daß schon damals deutliche individuell getönte Variationen der Simonschen Idee vorhanden sind.
Im Handbuch der Geisteskrankheiten (Berlin 1929)[3] bringt Nitsche die Simonschen Thesen zur Darstellung. Er geht von der Anschauung aus, daß im Geisteskranken noch irgendwo eine Verbindung zur

---

1) Lindinger ( )
2) v. Hugo ( )
3) Handbuch der Geisteskrankheiten ( )

Außenwelt bestehe und daß es deshalb wesentlich sei, "die Erlebnisse der Kranken möglichst zweckmäßig zu gestalten", um auf ihren Seelenzustand einzuwirken. Er hebt die beruhigende und dämpfende Wirkung einer Betätigung hervor, die bei leicht manischer Erregung und bei unruhigen Schizophrenen zu beobachten sei, und eine vorbeugende Wirkung bei Verstimmungen und Erregung von Psychopathen. Nitsche betont auch, daß die Beschäftigung überhaupt nötig sei zum Wohlbefinden. Dazu solle die Tätigkeit möglichst abwechslungsreich sein. Aber allein das Erlebnis, daß sich Arzt und Personal häufig mit dem Patienten beschäftigen, wirke "aufschließend" ebenso wie die Tatsache, daß man ihn nicht als aufgegebenen Fall ansehe.

In den USA gelangte die Beschäftigungstherapie und die Arbeitstherapie im 1. Weltkrieg zu einer ersten Blüte. Für beide Begriffe wird im Englischen oft der Begriff "Occupational Therapy" gebraucht, auch die Bezeichnungen "Work Therapy" und "Industrial Therapy" sind in Gebrauch. - In den Lazaretten und Militärkrankenhäusern wurde diese Therapie ein wichtiges Glied im Zuge der Rehabilitation. In den zivilen Krankenhäusern griff man bald diese Ideen auf und verwandte sie auf verschiedenen klinischen Abteilungen, vor allem in der Orthopädie. Auch in mehreren europäischen Ländern verbreiteten sich schon damals die Einrichtungen für Beschäftigungstherapie. Für die speziellen Aufgaben in psychiatrischen Anstalten wurde im Jahre 1906 in Chicago eine erste Schule für Beschäftigungstherapeuten eingerichtet, als Zweig der "School of Civics and Philanthropy". An dieser Schule wurden handwerkliche Techniken gelehrt und Hinweise für Spiele und Sport bei Geisteskranken gegeben. Später ent-

standen in Amerika noch mehrere Schulen dieser Art.
Auch in England wurde die Beschäftigungstherapie während und nach dem ersten Weltkrieg im Zuge der Rehabilitation entwickelt, wobei auf den arbeitstherapeutischen Ansätzen des 19. Jahrhunderts aufgebaut wurde. Den größten Einfluß auf die englische Arbeits- und Beschäftigungstherapie auf dem Gebiet der Psychiatrie hat das Beispiel Hermann Simons gehabt[1].
Der 2. Weltkrieg bewirkte eine erneute Stimulierung beschäftigungstherapeutischer Bemühungen, sowohl in den USA als auch in England.

Die englischen und amerikanischen Erfahrungen setzten sich auf deutschem Boden fort, als 1947 vom britischen Roten Kreuz aus der erste deutsche Lehrgang für Beschäftigungstherapeuten in Bad Pyrmont stattfand.
1953 begann der Unterricht in der ersten staatlich anerkannten Schule für Beschäftigungstherapie im Annastift in Hannover-Kleefeld. Die Schule wurde 1956 international anerkannt, und der inzwischen entstandene Berufsverband, der "Verband staatlich anerkannter Beschäftigungstherapeuten der Bundesrepublik Deutschland e. V.", wurde 1958 als Mitglied in die World Federation of Occupational Therapists (WFOT) eingegliedert.
Inzwischen sind weitere Fachschulen in München, Berlin und Lippoldsberg entstanden[2] und mehrere in der Schweiz.

---

1) vgl. J. I. Russel ( ), p. VII

2) vgl. A. Boll und I. Lausen, 15 Jahre Beschäftigungstherapie in der Bundesrepublik ( )

II. Das Wesen der psychiatrischen Beschäftigungstherapie anhand der vorhandenen Literatur

Da Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie trotz ihrer verschiedenen Ausrichtung Wesentliches gemeinsam haben, ist es nötig, einige grundlegende Artikel und die beiden Lehrbücher darüber - ein amerikanisches und ein englisches - hier zu referieren, da gerade die Lehrbücher Ansatz- und Ausgangspunkt auch der Beschäftigungstherapie sind.

Eine gute theoretische Untersuchung über das Wesen der Arbeit überhaupt und von der Suggestion zur Arbeit stellt ein Artikel von M. Tramer dar mit dem Thema "Arbeitstherapie (Über ihre Grundlagen, insbesondere die suggestiven Momente)" (1927 erschienen).

Tramer entwickelt die Auffassung, daß das, was man als Trieb zur Arbeit ansprechen könne, seinen Ursprung im kindlichen Bewegungstrieb habe, dem sich später der Spieltrieb hinzugeselle.
Mit dem "Selbsterhaltungs- und Selbstentfaltungstrieb" zusammen entwickele sich dann sekundär der "Arbeitstrieb". Auch bei geistiger Arbeit sei der Bewegungstrieb - wie bei körperlicher - das treibende Moment. - Durch den "Leistungszwang", durch Übung und Gewöhnung werde die vorhandene Unlust zur Arbeit überwunden und die "auch entstehende Lustkomponente" erhalte das Übergewicht.
Der Widerstand, gegen den die Arbeit durchgesetzt werden müsse, bewirke bei dem einen eine Lusterhöhung, der andere verliere dabei leicht die Lust.
Es sei aber immer eine Spannung vorhanden zwischen dem Arbeitsdrang und dem Widerstand. Diese Spannung könne pathologische Ausmaße annehmen.
Ein anderer Faktor, der die Arbeitslust fördern oder hemmen könne, sei die Wertschätzung, welche eine bestimmte Arbeit bei dem Patienten genieße: "Das Werterlebnis ist lustbetont", schreibt Tramer.
Unter Suggestion versteht der Autor "eine Form der Annahme, bei der nicht klare Einsichtigkeit und

---

1) Tramer ( )

auch nicht unbedingter Glaube das Ausschlag - gebende ist". Übernommen werde vom Patienten nur das, was "icheigen" zu werden vermag, was also der Kranke zu seinem eigenen Willen und Gedankengut machen kann. Dem Patienten sei dabei nicht völlig klar, daß er es eigentlich übernommen hat. Vor Bedeutung sei dabei das "Suggestionsmilieu", die Situation, in der die Suggestion an ihn herangetragen wird. - Ziel der Suggestion sei es, eine bleibende Veränderung an dem Patienten hervorzurufen, die ihn fähiger macht zum Leben.

Zur Ergänzung können noch einige Gedanken dienen, die sich im Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie unter dem Thema "Arbeitstherapie" bei J. Segers finden.[1)]
Segers erwähnt als Wirkung einer richtig gestalteten Arbeitstherapie u. a. eine "Umorientierung und neue Bereitschaft zum Finden von Lebenssinn und Lebensinhalt". Er betont ihren Wert als "wahre Menschenführung". Die Arbeitstherapie bewirke einen ständigen Kontakt mit der Wirklichkeit und die Anbahnung von affektiven Beziehungen zu ihr und vor allem auch zum Mitmenschen. Außerdem werde die Fähigkeit zur Anpassung geübt. Segers meint, daß der Patient, indem er das Schicksal anderer vor Augen hat, selber davon beeindruckt werde. - Es handele sich bei dieser Therapie um ein zudeckendes Verfahren, das zur Verdrängung hilft. Diese besonders bei Psychosen wesentliche Wirkung werde von Kläsi und Müller besonders hervorgehoben.
Die Arbeitstherapie wirkt nach der Auffassung Segers bis in den Bereich des Pathogenetischen hinein, sei also nicht nur symptomatisch. Bei psychogenen Erkrankungen vermag sie seiner Meinung nach sogar eine kausale Behandlungsweise darzustellen ("Sozialtherapie").

---

1) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie ( )

Die Ausführungen von Tramer und Segers bringen theoretische Erörterungen zur Arbeitstherapie, die auch für die Beschäftigungstherapie von grundsätzlicher Bedeutung sind. Im weiteren stellt sich jedoch die Frage nach dem Unterschied dieser beiden Therapieformen.
Die gesamte Literatur zu unserem Thema, soweit sie vor dem zweiten Weltkrieg geschrieben wurde, kennt noch nicht die Unterscheidung zwischen Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie. Die neuen Ideen, die zur Abgrenzung einer Beschäftigungstherapie von der Arbeitstherapie führten, wurden nach dem letzten Krieg in Deutschland vor allem von zwei Psychiatern der Warendorffschen Anstalten in Ilten bei Hannover, Janz und Hillers, formuliert und dort an der ersten Schule für Beschäftigungstherapie in Hannover-Kleefeld gelehrt. Sie wurden dann von den genannten Ärzten zusammengefaßt in dem Kapitel "Die Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie" in dem Buch "Beschäftigungstherapie" von Jentschura.
Den Ausführungen dieses Buches entspricht auch im Großen und Ganzen die Ausbildung der Beschäftigungstherapeuten in der Bundesrepublik, während der "Occupational Therapist" in Amerika z. B. in seiner Ausbildung dem dort viel weiter fortgeschrittenen Programm der Rehabilitation angepaßt ist, welches sowohl Momente der Beschäftigungstherapie als auch der Arbeitstherapie enthält.

Eine Gegenüberstellung von Beschäftigungstherapie und Arbeitstherapie bringt Schulte in seinem Buch "Klinik der "Anstalts"psychiatrie", das 1962 erschienen ist.[1)]
Schulte stimmt mit Janz darin überein, daß die

---

1) Schulte, Klinik der "Anstalts"psychiatrie ( )
Ab S. 73 im 2. Kapitel: "Arbeits- und Beschäftigungstherapie"

therapeutischen Ziele - Schulte spricht von "verschiedener Indikation" - bei Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie unterschiedlich sind: "Liegt das Schwergewicht der Arbeitstherapie auf der Resozialisierung, so daß der Beschäftigungstherapie auf der Re-Individualisierung". Andererseits ist Schulte im Gegensatz zu Janz nicht der Ansicht, daß beiden Therapieformen "verschiedene Wirkungsgesetze zugrunde liegen". Er meint: "Man sollte höchstens von verschiedenen Akzentuierungen mit jeweils gesonderten Indikationsgebieten sprechen".
Schulte sieht die Ausrichtung der Beschäftigungs-Therapie im Gegensatz zur Arbeitstherapie darin, "den Blick vom Produkt und erst recht vom Gewinn zu lösen und zu einem immer freieren schöpferischen Gestalten anzuregen."
Die Indikationsgebiete verteilen sich nach Schulte folgendermaßen: Für akut Kranke, für differenziertere Patienten und für die leichter Erkrankten sei die Beschäftigungstherapie ein Fortschritt. Er schreibt: Hermann Simon "nahm es in Kauf, den einen oder anderen feiner Ziselierten zu brüskieren und ihm Arbeiten und Eingliederungen aufzuerlegen, welche die Grenzen der Zumutbarkeit nach unserem heutigen Eindruck überstiegen. Wir sind heute so weit, daß in der Vertiefung des arbeitstherapeutischen Bemühens, insbesondere unter Zuhilfenahme der Beschäftigungstherapie, auch Differenziertere und kurzfristig Veränderte angemessen eingesetzt und zur Entfaltung kommen können". Schulte gibt zu bedenken, "daß die Beschäftigungstherapie als Behandlungsmethode für akut Kranke einleuchtet, daß sich die Verhältnisse aber bei chronisch Kranken schwieriger gestalten. Wird von Künstlern abgesehen, so wird man kaum bei einem Daueraufenthalt von Jahren und Jahrzehnten ein frei schöpferisches Improvisieren erwarten können".

Das freie Improvisieren sei bei vielen chronisch Kranken, insbesondere den Schwächsten und am meisten von der Krankheit Angegriffenen, nicht am Platze: "Es gibt viele, welche auf das alte, feste Reglement angewiesen sind und bleiben."

Diese Ausführungen Schultes muß man auf dem Hintergrund der Anstalt betrachten. In einer Universitäts-Klinik, wo die Patienten sich gewöhnlich im akuten Stadium befinden, wo das Patientengut ein viel breiteres Spektrum von Erkrankungsformen aufweist und wo die Aufenthaltsdauer Wochen oder höchstens einige Monate beträgt, da verschiebt sich dementsprechend das Schwergewicht der Therapie.

Auf den Vorschlag von Janz, Arbeitstherapie und Beschäftigungstherapie unter der Bezeichnung "Werktherapie" zusammenzufassen, geht Schulte insofern ein, als er ebenfalls eine zusammenfassende Benennung vorschlägt, die "außerhalb Deutschlands gebräuchliche und umfassendere Bezeichnung 'Ergotherapie' für alle aktivierende Behandlung". Allerdings ist er der Ansicht, daß der Wortbestandteil "Arbeit-" und mit ihm auch die Arbeitstherapie in ihrer tieferen Bedeutung bestehen bleiben solle, da bei einem Arbeitsgang - im Gegensatz zur Beschäftigungstherapie - "der Verpflichtungs- und Verantwortungscharakter gepflegt und die Mühe der Arbeit als therapeutischer Faktor eingeschaltet werden ".

Harlfinger bringt in seinem Artikel "Psychiatrische Beschäftigungstherapie und Gruppentherapie"[1] ebenfalls eine Abgrenzung von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.
In Übereinstimmung mit Schulte schlägt Harlfinger für beide Therapieformen zusammen die Bezeichnung "Ergotherapie" vor. - Beiden Tätig-

---

1) Harlfinger ( )

keiten gemeinsam sei die Vermittlung eines engen Kontakts mit den Dingen um ihn herum und mit den Mitmenschen. Der Therapeut könne auf diese Weise auf den Patienten einwirken. Aber auch die Patienten ließen sich - wie das in der Arbeitstherapie schon methodisch der Fall sei, so auch in der Beschäftigungstherapie - ganz planvoll zu einer Gruppe vereinigen, die als "sehr wirksames zusätzliches Heilmittel" eingesetzt werden kann. "Das starke affektive Kraftfeld, in das ein Patient in einer Gruppe hineingerät, ist ein Therapeuticum ersten Ranges", schreibt Harlfinger. Einmal sei der Patient nicht mehr allein, sondern andere Patienten seien da, die ihn in die "Tradition" der Gruppe einführen, ihn belehren, ihm helfen und - was sehr wichtig ist - seinen Fortschritt und seine Leistungen bestätigen. Auch Diskussionen, die ja ein wesentliches Element der Gruppentherapie sind, könnten hier geführt und von der Therapeutin arrangiert werden, in der auch selbstunsichere Patienten zu Wort kommen und mehr Sicherheit erlangen können. - Überhaupt seien beide Therapieformen gleicherweise dazu angetan, dem Patienten Selbstbestätigung und Zufriedenheit zu verschaffen, indem sie ihm helfen, seine Leistungen seinem "Ich-Ideal" - dem Bild, in dem er sich selber gerne sehen möchte - anzunähern.
Die Unterschiede der beiden Therapieformen sieht Harlfinger darin, daß bei der Beschäftigungstherapie im Gegensatz zur Arbeitstherapie das Produkt als objektive Leistung in den Hintergrund tritt und der Schwerpunkt "auf das Tätigsein an sich" gerichtet ist, welches "möglichst irgendwie 'schöpferisch' sein" soll. Hierin und auch in der Feststellung, daß es "spezielle Indikationen" gebe für die Anwendung dieser beiden nur in ihrer Art, nicht in ihrem Wert unterschiedlichen Verfahren stimmt er mit Schulte

überein.
Die Arbeitstherapie charakterisiert Harlfinger als eine Therapie, bei der "Arbeit als Heilmittel" angewandt werde, und zwar, "um etwas Vorgesetztes zu erreichen". Sie sei "produktozentrisch". Der Beschäftigungstherapie dagegen komme es darauf an, auf irgend eine Weise Interesse zu wecken und zum Tätigsein zu verlocken, sie sei deshalb "aktozentrisch", und das, was der Patient hervorbringe, sei "überwiegend subjektiv nützlich". Es komme hier nicht darauf an, wieviel Zeit aufgewendet worden sei, nur müsse die Arbeit zu Ende geführt werden.
Als zweite Möglichkeit gibt Harlfinger den Weg der "gezielten Beschäftigungstherapie" an. Hier handele es sich darum - nachdem man auf dem ersten Wege Interesse bei dem Patienten geweckt und ihn in Form einer "Isotherapie" in der Weise beschäftigt hat, daß seine Strebungen in gleicher Linie mit der Therapie liefen und er seine Spannungen abreagieren konnte - nun mit ihm auf ein psychotherapeutisches Ziel zuzusteuern. Die Therapie soll dazu "allmählich oder abrupt" umgestellt werden auf eine Beschäftigung, welche gleichsam ein übendes Verfahren darstellt, indem sie "krankhaften Äußerungen entgegenwirkt und beeinträchtigte Funktionen trainiert".

Es sollen nun die beiden Lehrbücher über Arbeitstherapie vorgestellt werden. Sie sind um den zweiten Weltkrieg herum entstanden.

Das erste Buch mit dem Thema "The Occupational Treatment of Mental Illness" stammt von J. I. Russel und ist 1938 erschienen.[1)]

---

1) Russel ( )

Russel war Psychiater am North Riding Mental Hospital und hat dieses Buch vornehmlich für Beschäftigungstherapeuten und Krankenschwestern geschrieben.
Der Verfasser schreibt, daß den Aufgaben der Beschäftigungstherapie (hier steht im Englischen immer das umfassendere Wort "Occupational Therapy") allgemein menschliche Bedürfnisse zugrunde lägen. Er sagt: "It is essentially a psychological measure". Durch eine richtige Beschäftigung solle dem Patienten das Gefühl des Versagens genommen werden, sein Selbstgefühl solle gehoben und gestärkt werden dadurch, daß der Patient sich nicht mehr nutzlos und überflüssig vorkomme. Deshalb solle die Arbeit, die er tut, wirklichen objektiven Wert haben, und der Patient solle etwas schaffen, von dem er überzeugt ist, daß es die Mühe lohnt und daß es wert ist, beachtet zu werden. Er solle auch durch die Tatsache, daß er wieder etwas arbeiten kann, merken, daß es ihm wieder besser geht, und er solle zu dem Urteil kommen, daß die Verhältnisse in der Klinik den Umständen entsprechend doch so gut wie möglich sind. - Dies alles solle den Rückweg ins normale Leben erleichtern. Auch solle die Betätigung den Patienten daran hindern, daß er sich auf die krankhaften und beängstigenden Vorgänge in seinem Innenleben zurückzieht.
Die Auswahl geeigneter Arbeit für den Patienten habe von seiner Wesensart und seinen Interessen auszugehen. - Erfahrene Handwerker arbeiteten oft gerne etwas, das auf ihrem Fachgebiet liegt, und freuten sich, wenn sie anderen auf diesem Gebiet bei ihrer Arbeit helfen können. - Der mürrische introvertierte Patient müsse unbedingt ernst genommen werden und das müsse auch in der

Wichtigkeit dessen, was er aufgetragen bekommt, zum Ausdruck kommen. Wenn er spüre, daß man ihn von oben herab oder mit leerer Schmeichelei behandelt, kapselt er sich ab. Der extravertierte Patient dagegen reagiere direkter und unkomplizierter, arbeite aber oft unkonzentriert und nachlässig.

Die Tatsache, daß der Patient mit sich selbst zufrieden ist ("self-gratification") bei dem, was er tut, sei der Maßstab für eine richtige Betätigung. Dies sei aber ein Faktor, der in der Persönlichkeitsstruktur liegt. Patienten, die ähnlich geartet seien, könnten recht unterschiedliche Interessen aufweisen. Manche Kranken suchten einen Gegenstand zu fertigen nach dem Gesichtspunkt der Schönheit, andere danach, ob sie ihr handwerkliches Können damit beweisen können, wieder andere wollten ihre Körperkräfte ganz einsetzen und manche eigneten sich lieber neues Wissen an aus Büchern. Bei anderen Patienten lägen die Interessen auf dem Gebiet der Hausarbeit, des Hütens oder Handelns mit materiellen Gütern, des Umgehens mit symbolischen Dingen, mit Tieren oder mit Menschen, um ihnen zu helfen. - Meist sei bald herauszufinden, was der Betreffende am liebsten tut, und darauf solle man genau acht geben. Denn die Interessen, die einen Patienten in Bewegung bringen, wiesen selbst den Weg der Heilung.

Man könne nicht sagen, eine bestimmte Tätigkeit passe auch für eine bestimmte Krankheit; vielmehr seien folgende Überlegungen maßgebend:

1. Der Persönlichkeitstyp des Patienten,
2. das intellektuelle Niveau,
3. frühere Gewohnheiten, sich zu betätigen und sich zu erholen,
4. die Affektlage und die affektive Reaktion,
5. die speziellen Faktoren, welche eine besondere emotionale Betonung (beim Patienten) bewirken,

6. die Phantasie,
7. die Beschaffenheit des individuell angestrebten Ziels, überlegen zu sein,
8. die körperlich bedingten Grenzen,
9. die Gefahren.

Außerdem sei zu fragen, ob die Betätigung anregen oder beruhigen soll.

Die Arbeitstherapie erfolge auf den Stationen oder in einer besonderen Abteilung. Auf der Station finde sie gewöhnlich im Tagesraum statt, der für bestimmte Zeiten vor- und nachmittags in einen Werkraum verwandelt werde. Die Patienten würden nicht gezwungen mitzutun, aber sie bekämen zu spüren, daß es praktisch eine Selbstverständlichkeit ist, daß man tagsüber arbeitet und nicht tatenlos im Wege zu stehen hat. Besonders die Patienten auf der Arbeitstherapie-Abteilung unterlägen durch die ganze Einrichtung, das Material und die Werkzeuge im Raum einem Einfluß von gesunder Zweckgerichtetheit. Sie sprächen auch viel weniger über ihre privaten Angelegenheiten. Wenn die Patienten auch nicht den Eindruck machten, als seien sie mit größtem Interesse bei der Sache, so bemerke man doch, wenn man den Verlauf der einzelnen Patienten über eine Zeitstrecke beobachtet, deutliche Fortschritte auch in Bezug auf die Arbeit, die man ihnen zuteilen kann.

Als das zweite Lehrbuch ist zu nennen: Willard and Spackman, "Occupational Therapy", erschienen 1947.

Dieses Lehrbuch ist das Standardwerk der Arbeitstherapie in Amerika. Es wurde auch in Deutschland, als es hier noch keine eigenen Lehrbücher gab, für die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie benutzt. Es umfaßt alle Sparten der Arbeitstherapie.

Das Ziel der Arbeitstherapie wird hier definiert als "any activity, mental or physical, medically

prescribed and professionally guided to aid a patient in recovery from disease or injury" (Jede geistige oder körperliche Tätigkeit, die unter medizinischer Vorschrift und von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt wird, um Patienten zu helfen, sich von einer Erkrankung oder Verletzung zu erholen). Diese Definition wurde auch für die deutsche Beschäftigungstherapie übernommen, da sie das Gebiet der Beschäftigungstherapie mit umfaßt. Die Arbeits- (und unter Umständen auch die Beschäftigungs) therapie sei somit also nicht nur Therapie, sondern sie gehöre zu dem großen Gebiet der Rehabilitation von Kranken und habe mit ihren Mitteln die jeweilig sich stellenden Probleme einer Krankheit oder Verletzung anzugehen.

In dem Buch heißt es, durch ein fesselndes und erfolgreiches Betätigungsprogramm könnten Angst und Furcht bekämpft werden. Neurotischen Symptomen werde begegnet durch zufriedenstellende Arbeit. Desorientierte verwirrte Patienten würden einer normalen Situation versichert durch einfache Tätigkeiten. Tagträume würden durch aktives Interesse ersetzt und ein verletztes Selbstbewußtsein durch den Beweis eigener Fähigkeiten wiederhergestellt. Manischer Drang könne in produktive Bahnen geleitet werden.

Im Abschnitt über das psychiatrische Krankenhaus werden folgende Funktionen der Arbeitstherapie auf diesem Sektor aufgezählt:

1. Eine Möglichkeit diagnostischer Beobachtung,
2. eine Ableitung überschießender Kräfte,
3. ein gesunder Einsatz, um phantastisches Denken abzulösen,
4. eine Normalsituation, in der man sich sicher fühlt,
5. eine Möglichkeit der Anpassung und der Verwirklichung von inneren Vorstellungen,
6. eine Möglichkeit der Partnerschaft und der

Entwicklung eines Gruppenbewußtseins mit dem Ziel besserer Einordnung in die Gesellschaft (socialization),

7. die Entwicklung der Fähigkeit zur Konzentration und das Erlernen der Fertigkeiten, die zu einem Hobby oder einem Beruf dienen können.

In einfachen Arbeitsgängen sollten anziehende Gegenstände gefertigt werden und den speziellen Bedürfnissen der Patienten solle soweit wie möglich Rechnung getragen werden. Außerdem solle die Möglichkeit bestehen, durch die Art der Tätigkeit das Maß an nötiger Konzentration und Anstrengung allmählich zu steigern. Gefahren und Ärgernisse (z. B. durch Lärm) sollten möglichst gering gehalten werden.

Ebenso wie bei Russel wird betont, daß die Tätigkeit dem Patienten gefallen solle. Das Anziehende an der Tätigkeit sei bei dem einen vielleicht die Neuartigkeit, bei dem anderen hingegen der Umstand, daß er schon mit ihr vertraut ist; einem anderen gefalle eine Arbeit, für die er sich zuständig fühlt und die ihm deshalb ein Gefühl der Sicherheit verschafft. - Immer aber solle das Geschaffene geschmackvoll und schön sein oder brauchbar oder beides. Es solle die Möglichkeit für Originalität und schöpferischen Ausdruck gegeben sein. Malen und Zeichnen könnten für manchen Patienten Mittel des Ausdrucks von Konflikten und Wünschen sein. Die verschiedenen Materialien könnten dazu angetan sein, viele Kranke vorteilhaft zu beeinflussen, weil sie von ihnen Geduld, Ausdauer und beständigen Einsatz erforderten.

Im 6. Kapitel, das die Arbeitstherapie für Geisteskranke abhandelt, wird darauf hingewiesen, daß die Arbeitstherapie das Element der Hoffnung auf eine Wiederherstellung des Kranken verkörpere und eine gesunde Atmosphäre bilde. Man solle dem Kranken mit großer Einfühlung in seine emotionellen Schwierigkeiten und zugleich mit sachlich-objek-

tiver Haltung begegnen - vergleichbar dem Umgang mit einem Kind. Vertrauenswürdigkeit und Beständigkeit in der Aufmerksamkeit von seiten des Therapeuten riefen eine fruchtbare Übertragung beim Patienten hervor.
Den Ausführungen von Russel entspricht wieder die Feststellung, daß ein sehr reichhaltiges Programm nötig sei und ausprobiert werden müsse, um einem Patienten oft den angemessenen Kanal für die unterbewußten Wünsche und für sein Ausdrucksverlangen bieten zu können.
Man solle es um der schädlichen Auswirkung willen vermeiden, eine Arbeit unbeendet zu lassen, und man solle den Patienten die Arbeit niederlegen lassen, bevor er ihrer überdrüssig wird.
Bei einem Minimum an Mithilfe solle dem Patienten möglichste Freiheit gelassen werden, um Spontaneität und Initiative zu fördern. In manchen Stadien der Krankheit sei allerdings eine Führung notwendig, aber sie solle das Element der Freiheit nie ganz ausschalten.
Eine andere Aufgabe sei die Korrektur dessen, was infolge der Krankheit durcheinandergeraten sei.
Die Verordnung des Arztes solle die anzustrebenden Ziele der Arbeitstherapie aufweisen, die Einzelheiten der Ausführung blieben der Therapeutin überlassen. Als Ziele für die Therapie werden genannt:

1. Die Möglichkeit zur Sublimation,
2. das Ableiten von Aggressionen,
3. die Sühnung von Schuld (the atonement of guilt),
4. vorteilhafte Identifikationen,
5. die Schaffung von Mitteln, durch die man sich Liebe erwirbt,
6. das Gestalten von inneren Vorstellungen (fantasies),

7. die Möglichkeit schöpferischer Arbeit (Das entspricht den Mitteln der Beschäftigungstherapie),
8. die Vorbeugung gegen ein Absinken ins Krankhafte durch systematische Anstrengung, um den Patienten auf dem höchstmöglichen Niveau an physischer und geistiger Gesundheit zu halten,
9. der beruhigende Einfluß,
10. die berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung.

Das erste Buch über Beschäftigungstherapie in deutscher Sprache kam 1961 heraus. Es wurde verfaßt von Schücking und Huchthausen unter dem Titel "Leitfaden der Beschäftigungstherapie".[1] Dieses Buch gibt, vor allem in dem psychiatrischen Abschnitt (Kapitel VIII), eine Übersicht über die maßgebliche Literatur auf diesem Gebiet, vor allem das Buch von Willard und Spackman und den Abschnitt von Nitsche im Handbuch der Geisteskrankheiten, außerdem v. Hugo (Theorie der Arbeitstherapie), die alle oben referiert wurden. Außerdem werden Schriften von Simon und Reichner ausgewertet. Das Buch enthält abschließend auch ein umfangreiches Literaturverzeichnis.

Im Teil A (Abschnitt 1) wird der Unterschied von Arbeits- und Beschäftigungstherapie dargelegt. Dort schreibt die Autorin, daß früher der Begriff Beschäftigungstherapie oft als Deckname für die Arbeitstherapie gebraucht worden sei. Auch heute kämen bei der praktischen Anwendung oft Überlagerungen vor. Beide seien Stufen innerhalb der Rehabilitation. Dabei verfolge die Beschäftigungstherapie zunächst ein "Medizinisches Nahziel", während die Arbeitstherapie auf die spätere Aufnahme der beruflichen Tätigkeit ausgerichtet sei. Die Beschäftigungstherapie sei

---

1) Schücking und Huchthausen ( )

"überwiegend lustbetont". Es gäbe zwei Formen der Beschäftigungstherapie, eine funktionelle und eine "Geist und Gemüt betätigende"; die psychiatrische Beschäftigungstherapie gehöre zur letzteren Form.
In dem psychiatrischen Abschnitt werden als Funktionen der Beschäftigungstherapie genannt: Die "Schaffung einer günstigen Ausgangslage für die medikamentöse Behandlung" oder deren logische Fortsetzung; Anregung der noch gesund gebliebenen Anteile des Patienten; "Ordnung und Ruhe in der Anstalt" und eine "Humanisierung des Anstaltswesens".
Von Interesse ist noch das über die Beschäftigung von Melancholikern Gesagte. Einige Autoren sollen bei jeder Art von depressiver Verstimmung keine günstige Wirkung beobachtet haben, da die Verstimmung durch eine Betätigung nicht gebremst, sondern vertieft werde. Allerdings wird eingeräumt, daß man eine gewisse "subjektive Erleichterung" erreichen könne. Es wird dann festgestellt, daß Frauen öfter in der Hausarbeit eine Ablenkung erfahren, ein "Bewußtsein, Nutzen zu stiften" und dadurch eine "gewisse Befriedigung".
Am Schluß von Abschnitt IV wird eine Aufstellung "zur Erleichterung einer Tätigkeitsauswahl" gebracht, die unter Punkt F "im Hinblick auf psychische Valenzen" folgende Zusammenstellung bringt:

1. Entspannende Betätigung (Beruhigung):
   Malen, Zeichnen,
   Formen aus Ton,
   Kleisterarbeiten (Papier, Plastiken),
   Weben (ohne besonders schwere Muster),
   Knüpfen, Häkeln.
2. Sammelnde Betätigung:
   Musterweben,
   Klöppeln, Occi,
   Entwerfen von Mustern,
   Maschineschreiben.

3. Antriebsbeschleunigende Betätigung:
   Kleisterarbeiten,
   Batiken, Kerzenziehen,
   Papparbeiten, Buchbinden,
   Formen aus Ton.
4. Soziales Verhalten fördernde Tätigkeit:
   Alle Gemeinschaftsarbeiten, wie Holz und Lederarbeiten mit aufgeteilten Arbeitsgängen (Herstellen von Taschen, Papierkörben usw.),
   Vorbereitungen für Bettpatienten,
   Spiele,
   Festvorbereitungen.

Janz und Hillers bringen in dem Abschnitt "Die Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie" im Lehrbuch "Beschäftigungstherapie" von Jentschura eine ausführliche und originelle Darlegung des Wesens und der Ziele der Beschäftigungstherapie in Abgrenzung zur Arbeitstherapie. Das Buch erschien 1959.[1)]
Zwei Ideen liegen den Ausführungen zugrunde:

1. Es geht in der Beschäftigungstherapie darum, "die Individualität jedes Kranken einfühlend zu verstehen, sich mit ihr innerlich auseinanderzusetzen und sie mit einer Behandlungsart anzusprechen, die mehr und etwas anderes sein soll als bloße Ausfüllung der freien Zeit".
   Das Ansprechen der Individualität wird zum Grundprinzip erhoben.
2. Die Beschäftigungstherapie soll "das Gesunde im Kranken anregen und das Kranke unterdrücken" (Zeller 1804). Dieses Gesunde ist wie "unter der Asche glimmende Funken" (nach Griesinger).

Diese Gedanken sind nicht neu. Sie sind z. B. bei Bleuler, auch bei Simon zu finden. Nur kommt ihnen nach Janz in Verbindung mit der zur erstgenannten Grundidee gehörigen Anregung

---

1) Jentschura ( )

der individuell-schöpferischen Kräfte eine tiefergreifende Bedeutung zu.
Als solche Reste gesunden Gefüges, welche durch die Beschäftigungstherapie geweckt werden sollen, werden aufgeführt:

1. Der "gesunde Betätigungstrieb",
2. das "Bedürfnis nach Geborgenheit und Sicherheit",
3. "Regungen des Gemeinschaftsgefühls",
4. die "Fähigkeit zur Selbstverantwortung",
5. "Interessen",
6. die "Fähigkeit, auf Umwelteinflüsse richtig, d. h. ihrem Aufforderungscharakter gemäß zu reagieren",
7. der "Nachahmungstrieb",
8. die "Neigung zur Gewöhnung an stetig einwirkende Eindrücke",
9. "Übbarkeit und Erziehbarkeit",
10. "Sinn für Ordnung und Sauberkeit".

Und an "höheren menschlichen Fähigkeiten":

1. "Der Wille, Werte zu schaffen",
2. die "Freude am Selbstgeschaffenen",
3. "Selbstwertgefühl durch die eigene Leistung".

Gemeinsam mit der Arbeitstherapie nach Simonschem Muster, so heißt es, sei der Beschäftigungstherapie die Aufgabe gestellt, in der Anstalt ein gesundes Milieu zu schaffen. Der Milieuwechsel durch die Versammlung in Werkräumen ermögliche, "unter neuen Verhältnissen neue mitmenschliche Verbindungen aufzusuchen". Aber ergänzend zur Arbeitstherapie, die als unentbehrlich anerkannt wird, wolle sie das "schöpferisch Unbewußte im Kranken" wecken , "seine Phantasie, seinen Form- und Gestaltungstrieb" durch das "Wesen des Schönen, des Spieles, der Heiterkeit". Neben diesem "ästhetischen Sinngehalt" dürfe sie aber auch praktischen Zwecken dienen: "Die Beschäftigungstherapie enthält immer auch unschöpferische,

zweckgebundene, also "arbeitstherapeutische Komponenten". Aber ihr Wesen bleibe einer "Nützlichkeit höherer Art" verhaftet, die etwas von dem "Sinn der Vergeistigung und Phantasie" (nach Rodin) spürbar werden läßt. Der Verfasser verwendet Gedanken des Philosophen Huizinga, wenn er meint, daß der "Spielcharakter der Beschäftigungstherapie" ein wesentliches Moment in ihr sein soll. Er verleihe der Tätigkeit eine Freiheit, einen Impuls zum Improvisieren. Und dies sei ja der Raum des Schöpferischen. Innerhalb eines solchen freigegebenen Raumes könne sich ein "Gefühl der Spannung und Freude" entwickeln. Dabei werde der Stoff, mit dem der Kranke umgeht, unwillkürlich zum "Mitspieler" und sei nicht länger nur ein Objekt. Er werde "erlebt und gestaltet". So wirke das Wesen des Materials auf den Gestaltungsprozeß wesentlich ein und schließlich auch auf den Patienten selber. Es teile sich ihm mit - seinen Sinnen und seiner Seele.

Indem ein solcher Prozeß sich vollziehe, sei es möglich, daß der von inneren Gegensätzen zerrissene Kranke zu einer Einheit und Ordnung im Vollzug zurückfinde. Die Abhängigkeit von den Symptomen der Krankheit solle damit gelöst werden. Es handele sich also um eine Art von personaler Therapie, die sich in der Sphäre der Lebensgefühle und Stimmungen betätigt und eine sie fördernde Atmosphäre schafft. Sie will dem Patienten eine Selbstsicherheit zurückgeben und Unsicherheit und Daseinsangst begegnen.

Auf diesen Grundlagen wird nun der Entwurf für die einzelnen Krankheitsbilder gebracht. Es wird hervorgehoben, daß die Beschäftigungstherapie keine kausale, sondern eine symptomatische Behandlungsweise sei. Sie beschränke

sich darauf, "die Symptome psychischer Störungen"zu beeinflussen. Indem das "Gesundgebliebene" gefördert werde, sollten die krankhaften Züge in den Hintergrund treten.
Zur Behandlung manischer Zustände sei die Arbeitstherapie gewöhnlich besser geeignet, um den übermäßigen Antrieb abzuleiten in vernünftige Bahnen; aber in Zusammenwirkung mit den Psychopharmaka könne auch die Beschäftigungstherapie eine beruhigende Wirkung ausüben.
Bei den echten Depressionen noch von einer "gesund gebliebenen Innenwelt" zu sprechen, zu der ein "wenn auch noch so schmaler Zugang führt", erscheint mir höchst zweifelhaft. Janz meint: Dieser Zugang "kann diese - nunmehr durch die positive Seite der Entsprechung! - mit der ordnenden Außenwelt des beschäftigungstherapeutischen Milieus und Wirkens zu einer neuen 'Welt' verbinden, in der die Formen, Farben und Klänge vom Kranken allmählich wieder als 'schön' erlebt werden."
Den Verhältnissen mehr entsprechend scheint mir dagegen, wenn gefordert wird, jede Überforderung eines solchen Patienten zu vermeiden und schwere Angstzustände von einer Behandlung mit beschäftigungstherapeutischen Mitteln auszusparen.
Leichtere depressive Ängste könne man dagegen im Zusammenwirken mit Psychopharmaka sehr gut angehen. Im Besonderen gelte das bei den sog. reaktiven Verstimmungen, bei denen mit behutsamer und zugleich fester Führung viel getan werden könne.
Die Antriebshemmung und der Autismus der Schizophrenen könne nur durch intensive Einzelbehandlung beeinfluß werden. Man solle Methoden wählen, welche die Kräfte und die Phantasie

des Kranken stark beanspruchen und so auch Impulse zu abwegigen Handlungen unterdrükken helfen. Der Patient soll wie ein Gesunder angesprochen werden, indem man auf seine krankhaften Äußerungen keine Aufmerksamkeit richtet. Wenn ein "gesunder Antrieb" erst einmal geweckt wurde, "so gewinnt er sehr leicht das Übergewicht". So solle also einem gesunden Verhalten der Weg gebahnt werden. Ein Erfolg solcher Behandlung sei oft an der "Straffung der Denkvorgänge" beim Patienten zu erkennen. Auch Wahnerlebnisse und Halluzinationen würden dadurch in den Hintergrund gedrängt. - Der paralytische Wahn sei dagegen nur vorübergehend zu unterdrücken.
Zwänge jeglicher Ursache könnten nicht nachhaltig beeinflußt werden, aber eine beschäftigungstherapeutische Behandlung vermöge den Kranken wenigstens eine Zeitlang Erleichterung zu verschaffen.
Bei der Behandlung von Neurosen sei die Zusammenarbeit von Beschäftigungstherapeutin und Arzt besonders wichtig, um keinen Schaden hervorzurufen. Die bildnerische Darstellung von Konfliktstoffen, überhaupt jedes produktive Schaffen vermöge bei Neurotikern eine innere Befreiung zu erzeugen. Auch die Anregung der Kräfte der Phantasie vermöchten eine befreiende Wirkung hervorzurufen.
Bei Alkoholsüchtigen bestehe eine Kontraindikation für die Beschäftigungstherapie. Bei den "sensitiveren" Arzneimittelsüchtigen vermöge sie jedoch durch den ordnenden Einfluß einer geregelten Beschäftigungstherapie und durch die Hebung des Selbstwertgefühls die psychotherapeutische Behandlung wirksam zu unterstützen.
Bei Hirnarteriosklerose, Greisenschwachsinn, Paralyse und jeder Art von Merk- und Gedächt-

nisstörungen vermöge die Beschäftigungstherapie unter Umständen höchstens eine "bescheidene Besserung" zu bewirken. Wichtiger sei die subjektive Erleichterung durch Ablenkung und Hebung des Selbstgefühls, indem die Patienten merken, daß sie noch zu etwas nützlich sind.

Bei Epileptikern könne eine geeignete Beschäftigung, die sie wirklich bis zu Ende durchführen können, Affektstauungen und innere Spannungen ableiten und so vielleicht sogar Anfälle verhindern. Dieses Gebiet sei aber noch kaum erforscht.

Bei Schwachsinnigen gelte es, die vorhandenen Fähigkeiten richtig zur Anwendung zu bringen, Verstimmungen zu bekämpfen und die Konzentration zu fördern, was allerdings bei schwer eretischen Schwachsinnigen nicht möglich sei; diese gehörten daher nicht in die Beschäftigungstherapie.

Als allgemeine Wirkung der Beschäftigungstherapie wird noch die Hebung der Kontaktfähigkeit erwähnt; dabei entwickele sich auch ein Zusammengehörigkeitsgefühl, das auf den Stationen nachwirkt.

Die Ermittlung der spezifischen Wirkung der Beschäftigungstherapie sei bei den verschiedenen gleichzeitig laufenden Behandlungsmethoden oft nicht möglich; es ließe sich jedoch in einzelnen Fällen die Feststellung gewinnen, daß die übrigen Methoden erst durch die Beschäftigungstherapie in ihrem Erfolg gesicherter wurden. Auch sei die ganze Behandlung in der Beschäftigungstherapie noch zu wenig gezielt, als daß man angeben könnte, auf welchen Momenten im einzelnen ihr Erfolg beruht, "ob irgend etwas im Krankheitsvorgang selbst von dieser Wirkung erfaßt wurde oder ob wir nur Gesundgebliebenes gefördert haben und dadurch

das Krankhafte in den Hintergrund drängen konnten". So müsse festgestellt werden: "Die gezielte Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie steht einstweilen noch als ferne Möglichkeit vor uns, von der nicht zu sagen ist, wann und wie sie verwirklicht werden kann". Es ergäbe sich allerdings dazu auch die Forderung, daß Therapeutin und Arzt eng zusammenarbeiten.

Zum Schluß der Abhandlung werden die einzelnen Materialien, die in der Beschäftigungstherapie zur Anwendung kommen, in ihren therapeutischen Wirkungen untersucht:

Beim Ton, so schreibt der Verfasser, seien es "die tastenden spürenden Seelenkräfte", die angesprochen werden, das behutsame sich in den Stoff hineinfühlende Formen. Daher sei die Arbeit am Ton angezeigt zur Lockerung depressiver Hemmungen, zum Auffangen von innerer Unruhe bei Neurotikern und von Schwankungen der Stimmung und des Gefühls.

Der Stein dagegen fordere "starke vitale Energie" heraus.

Das Holz, das durch seine Maserung den Charakter des Lebendigen hat, strahle Wärme aus und wecke die Phantasie. Das Sägen von Sperrholz dagegen erfordere nur eine ruhige Konzentration.

Am Wachs wird die die Stimmung beeinflussende und phantasieanregende Wirkung seines Duftes hervorgehoben. Man müsse es langsam mit den Händen wärmen, bis es sich formen läßt.

Das Zupfen der Wolle vermöge die Phantasie ebenfalls stark anzuregen durch den Wechsel der verschwommenen Formen, die durch ihr Aufeinanderhäufen entstehen.

Das Weben und die anderen Techniken der Wollverarbeitung sprächen dagegen die "Ordnungskräfte der Seele" an. Die Arbeit am Webrah-

men erfordere Klarheit und Rhythmus; man solle dabei die Gefahr mechanischer Tätigkeit beachten. Eine wichtige Rolle spiele die Farbe des Materials, die ihre eigenen Wirkungen habe. Das Zeichnen oder Malen habe den diagnostischen und einen unmittelbaren Ausdruck ermöglichenden Wert des "Bilderns".
Die Verbesserung des "Wir-Bezuges", die durch die beschäftigungstherapeutische Situation erwirkt werden könne, solle durch geselliges Beisammensein, evtl. auch durch Puppenspiele, die dann den Übergang zum Psychodrama bilden, gepflegt werden.

Es folgen nun kurze Referate über Ausführungen einzelner Psychiater, welche Teilgebiete und -aspekte der Beschäftigungstherapie zum Thema haben.

Langen weist in seiner Schrift "Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie" auf die Bedeutung der Beschäftigungstherapie für Neurotiker und "Psychopathen" in der klinischen Behandlung hin aufgrund von Erfahrungen an der Tübinger Nervenklinik.[1)]
So schreibt er über den diagnostischen Wert der Beschäftigungstherapie: Die Verhaltensweisen des Patienten dort seien "ebenso aufschlußreich wie eine analytische Sitzung". Durch Beeinflussung der Psychomotorik werde die "Erlebnisgrundlage" gewandelt. So führe die Bewegung, zu der der Patient veranlaßt wird, zu einer ihn fördernden Aktivierung, rege die Selbstdarstellung des Patienten an und mache ihn gelöster auch im Hinblick auf seine eigene Problematik. Als Gegenpol zur analytischen Therapie ermögliche sie es, die neu gewonnenen Einsichten gleich aktiv umzusetzen. Durch die gemeinsame Arbeit in der

---

1) Langen ( )

Beschäftigungstherapie sei sie als indirekte Gruppentherapie wirksam, die, besonders bei Psychopathen, den Erfolg der klinischen Behandlung oft entscheidend mitbewirke.

Das Spezifische bei der Behandlung von Pubertätskrisen und jugendlichen Schizophrenien finden wir von Kienle, ebenfalls aus der Tübinger Nervenklinik, dargestellt in einem Aufsatz "Zur künstlerischen und gruppenpädagogischen Behandlung der Pubertätskrisen".[1] Kienle betont die Notwendigkeit, daß gerade diese selbstunsicheren Jugendlichen, die mit ihren Konflikten und ihren krankhaften Symptomen nicht fertig werden, menschliche Anerkennung brauchen und daß sie nicht auf ihre Symptome, sondern auf ihr Menschsein und ihre Individualität hin angesprochen werden sollen. Die individuellen Momente und Fähigkeiten sollen in der Beschäftigungstherapie gefördert werden. Im Gegensatz zum Erwachsenen sollten sie in besonderem Maße sich neue Fertigkeiten erobern. Man solle sie fördern durch anspruchsvolle Aufgaben, die sie wirklich interessieren, da sie sonst nicht mitmachten. Auf diese Weise werde das Selbstgefühl gehoben. Während die Arbeitstherapie mehr die Anpassung zu entwickeln vermöge, führe die künstlerische Tätigkeit zur Entfaltung des "Rein-Menschlichen" und fördere die "innere Reifung und Entwicklung".

Daß eine schöpferische Tätigkeit, vor allem das Malen, in manchen Fällen auch bei Psychotikern wesentliche Wirkungen haben kann, zeigt Winkler in einem Artikel über "Die bildnerische Gestaltung als Spiegel psychopathologischer Phänomene und als therapeutische Hilfe".[2] Winkler schreibt, daß unter Umständen die Psychose als "Stimulus" gestalterischer Kräfte wirken könne. In der Erkenntnis, daß viele

---

1) Kienle ( )
2) Winkler ( )

Symptome der Schizophrenie als Ausdruck dafür anzusehen sind, daß sich der Patient mit seiner Krankheit aktiv auseinandersetze und sie irgendwie zu bewältigen suche, komme den gestalterischen Momenten eine wichtige Heilwirkung zu. Wahrscheinlich hänge von dieser gestaltenden Aktivität zum großen Teil die Bewältigung des schizophrenen Prozesses ab. Dem Gebrauch bildnerischer Mittel komme außer dieser Bedeutung auch die eines Kommunikationsmittels zu, wie bei den Neurotikern.
Die gleichen Gedanken finden sich in einem Artikel von G. M. Carstairs, Edinburgh, über "Psychotic illness and artistic production".[1)]

Daß sich für den Arzt über die Bilder von Geisteskranken ein Weg der Kommunikation mit ihnen eröffne, betonte auch Wolf in einem Vortrag über "Bildnerische Darstellung während der Lösung eines schizophrenen Schubes". Eine Kommunikation, meint Wolf, sei besonders dann gegeben, wenn der Patient zugleich selber einen Kommentar zu seinem Bild gebe, so daß dem Arzt ein "einfühlendes Nacherleben" möglich wird. Wolf hebt auch die selbstbefreiende Wirkung hervor, die durch die bildnerische Gestaltung gegeben sei.[2)]

Beachtenswerte Gedanken über die Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung, wenn man den Patienten schöpferisch arbeiten läßt (Creative Therapy), bringt auch ein Aufsatz über "Plastical Activity of Mental Patients in Semeiology and Psychotherapy" in der Zeitschrift Confinia psychiatrica.[3)] Dort wird am Schluß gesagt, daß eine Parallele bestehe zwischen der Art, wie die Patienten mit dem Material umgehen und ihrer Art zu leben. Der Therapeut habe die Möglichkeit durch

---

1) Carstairs ( )

2) Wolf: Vortrag auf dem 3. internationalen Colloquium für Psychopathologie des Ausdrucks (1965)

3) Bobon u. a.

die Auswahl des Stoffes und durch seine Entscheidung, ob ein anderer Stoff, eine andere Arbeitsweise oder ein anderer Gegenstand gewählt werden soll, mit dem Patienten in eine Art von Dialog zu treten mit der Sprache konkreter Gegenstände. Dieses Gespräch über die Durchführung der Arbeit werde indirekt zum Gespräch über allgemeine Lebensprobleme, da diese sich in der Auseinandersetzung mit der Betätigung wiederspiegelten.

Friedemann führte in einem Vortrag ebenfalls aus, daß es bei manchen Patienten möglich sei, die Heilung durch "Wecken schöpferischer Kräfte" zu fördern. Wenn jedoch die Bilder stereotyp würden, solle man aufhören.[1)]

Renner erklärte anhand des Gestaltwandels während des psychotischen Schubs, daß die Bilder von Schizophrenen diagnostischen Aufschluß geben könnten. Ein spezifisches Phänomen dieses Gestaltwandels während eines akuten Schubs sei das Malen von Landschaften in der Aufsicht, also von oben her gesehen, was bei mehreren Kranken zu beobachten sein soll, ebenso der "Physiognomieverlust" (Auflösen der normalen Proportionen und Erscheinungsformen), von Personen, Tieren und Dingen und das Auftreten magischer Symbole.[2)]

Sydath wies auf den diagnostischen Wert gewisser Gestaltsphänomene hin. Es handelt sich um Störungen beim Gestalten in der 3. Dimension beim Plastizieren und um Störungen des zeitlichen Ablaufs, den man ebenfalls oft ablesen könne. Das akut Wahnhafte flüchte aus der Form in die Fläche, in das Ornament, in Abstraktion und bloße Linie, und es fliehe aus Zeit und Raum, was an Aussagen

---

1) Friedemann: Vortrag über "Bildnerische Darstellung des Defektes und der Heilungsansätze in der Psychose" auf dem 3. internationalen Colloquium für Psychopathologie des Ausdrucks

2) Renner: Vortrag über "Die bildnerische Phänomenologie des Schizophrenen" auf derselben Tagung

wie "das ist ein Pilz aus der Kreidezeit" und "das ist ein Zukunftsmensch" zu erkennen sei. In der Gruppe träten die Phänomene der Imitation und Induktion verstärkt auf.

Der Versuch einer neuen Sinnfindung, der sich in den Malereien Schizophrener - wenn die Erkrankung nicht zu hochgradig ist - finden soll, wurde von Müller-Suur beschrieben. Er sagte, daß die typisch schizophrene Darstellungsweise bei den Kranken erst in einer späteren Phase der Psychose auftauche und anzeige, daß der Patient angefangen hat, seine krankhaften Erlebnisse zu verarbeiten. - Müller-Suur nannte drei Bereiche, aus denen der Kranke neue "Sinnhorizonte" sucht:

1. Die "mythologisch-archetypischen Sinnbezüge" mit Motiven aus der "Welt der Mythen, Märchen und Legenden" (kollektives Unbewußtes nach C. G. Jung);
2. ein "transzendental-formaler Sinnbezug mit Symbolen, welche an bedeutungshaltige Zeichen und Figuren gebunden" sind;
3. ein "irrational-transzendenter Weltbezug, der die Sprache in Form und Titeln, Wort und Schrift zur bildnerischen Darstellung" benutzt.

Wenn solche "sinnerhaltenden" Unternehmen nicht mehr auffindbar seien, sei dies das Zeichen einer völligen Dekompensation ins Chaotische.[1)]

Über die malerische Wirkung von Farben und Formen hat der Maler und Theoretiker der klassischen Moderne, Kandinski, von seiner Sicht als Maler aus seine Gedanken ausgebreitet in dem Buch "Über das Geistige in der Kunst".[2)]

Hingewiesen sei auch noch auf eine Schrift von Erbslöh, in der er aufgrund bestimmter Vorstellungen über die psychische Wirkung von Farben einen Vorschlag zur Therapie mit Farben entwikkelt.[3)]

---

1) Müller-Suur: Vortrag über "Sinnhorizonte in Zeichnungen von Schizophrenen" auf der gen. Tagung
2) Kandinski ( ) , 3) Erbslöh ( )

Von besonderem Interesse für unsere Befunde im Teil B dieser Arbeit ist nun ein Aufsatz in der ersten Nummer der Zeitschrift "Beschäftigungstherapie und Rehabilitation" von F. Hillers, welcher den psychiatrischen Teil des oben referierten Lehrbuches "Beschäftigungstherapie" von Jentschura zusammen mit Janz verfaßt hat. Der Aufsatz heißt: "Entwicklung und Weg der Beschäftigungstherapie an den Warendorffschen Krankenanstalten in Ilten" und stellt so etwas wie einen Rechenschaftsbericht über die Anwendung der in dem genannten Lehrbuch dargestellten Grundsätze in der Anstalt innerhalb von sieben Jahren dar.[1)]
Hillers referiert zunächst kurz die Ideen von Janz, die wir schon kennengelernt haben und die sich kurz dahingehend zusammenfassen lassen, daß es um eine Therapie geht, die ihren "Schwerpunkt im Sinnbereich" hat, und zwar ist dieser Sinn zu finden im Bereich der Ästhetik und des Schöpferischen - unter stärkerer Hinwendung zur Individualität des Patienten, als es der Arbeitstherapie möglich ist.

Aufgrund dieses vorgezeichneten Weges sieht Hillers die praktische Aufgabe zunächst darin, "Erfahrungen über die Bedeutung von Farben und Formen, Klängen und Rhythmen für den Gestaltungsvorgang zu sammeln".
Aber obwohl, wie Hillers betont, die Aufgabe mit Schwung und Begeisterung in Angriff genommen worden sei, zeigten sich bald die großen Schwierigkeiten, die dem im Wege stünden. Da sei einmal die große Zahl der Patienten, die betreut werden muß; und das mache es fast unmöglich, jeden Patienten so intensiv, wie es eben nötig wäre, mit den Ideen und der Art der Beschäftigungstherapie in der genannten Form in wirksame Berührung zu bringen.
Die Folge sei gewesen, daß die Beschäftigungstherapie als wirkliche Therapie nicht mehr ernst

---

1) Hillers ( )

genommen wurde. Man hätte verzagt an dem Erfolg und der Durchführbarkeit der Methode.
Es werde auch deutlich, daß die Therapeutinnen und erst recht die Patienten oft nicht die nötige künstlerische Begabung haben, um ästhetisch-künstlerisch tätig zu sein; und das sei dann von Bedeutung, wenn im Sinne der Ästhetik ein objektiver, allgemein gültiger Maßstab an das Werk gelegt werde.
Andererseits stellt Hillers fest, daß mit der Beschäftigungstherapie sehr vielen Patienten wirklich geholfen werde.
Auf diesen einerseits negativen, andererseits positiven Erfahrungen baut Hillers nun ein beschäftigungstherapeutisches Programm auf, das er kasuistisch belegt und illustriert. Seine Gedanken greifen zurück auf das, was Janz schon angedeutet hat, nämlich daß der therapeutische Wert einer Arbeit nicht mit dem objektiv-ästhetischen identisch sei. Das Wesentliche sei die enge Beziehung des Patienten zum Material, so daß es "tiefer erlebt, unmittelbarer erfahren und intimer angesprochen wird". Es komme darauf an, daß das Werk den Patienten fördert in Richtung auf seine Gesundung und nicht seine krankhaften Impulse noch fördert. Darauf sei zu achten. Die "Beziehung zur Individualität", welche ja das Schöpferische hervorbringe, bestimme die therapeutische Wertigkeit. Ein solches Tun greife in das Seelische tiefer hinein als nur "äußeres" Tun. Indem "Tun und Erleben eine innere Einheit bilden", geschehe es, daß der Kranke von seiner Tätigkeit innerlich ergriffen wird und sie nicht nur mechanisch durchführt. Dann bekomme auch das Tun einen echten "Ausdrucksgehalt", der dem Therapeuten ermögliche, verstehend und korrigierend einzuwirken.
Von Interesse ist noch ein kurzer Entwurf über die mögliche Wirkung von Malen, Zeichnen und Mo-

dellieren, in dem Hillers der Linie eine "nahe Beziehung zum Denken, Formulieren" zuschreibt, der Farbe eine Beziehung zum Fühlen und zur Stimmung, und dem plastischen Modellieren wird eine Anregung des Wollens zugesprochen.
Da die "Ausdrucksfähigkeit eine primäre Begabung aller Menschen" sei, könne man grundsätzlich alle Patienten beschäftigungstherapeutisch behandeln. Das jeweilig anzustrebende Behandlungsziel müsse dabei der Arzt vorschreiben und den Verlauf kontrollieren.

Eine bemerkenswerte Erweiterung und Neuorientierung für die Beschäftigungstherapie an der Nervenklinik führt Lauter aus der Münchener Klinik vor in seinem Aufsatz über "Soziale Gesichtspunkte in der psychiatrischen Beschäftigungstherapie".[1)]
Lauter gibt zu, daß die individuelle Behandlungsweise und die verschiedenartigen Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie "viel für sich" hätten. Aber er warnt vor einem überspitzten Individualismus:
"Allzu schnell verflüchtigt sich dadurch die beschäftigungstherapeutische Arbeit in einer Atmosphäre blutleerer Unverbindlichkeit, in einem niedlichen romantischen Idyll, einer kunstgewerblichen, mit Peddigrohrkörbchen und Stofftierchen vollgestopften Scheinwelt, die meilenweit von der sozialen Wirklichkeit unserer Kranken entfernt ist."
Um diese Gefahren beziehungslosen Bastelns zu vermeiden, schlägt Lauter vor, im Sinne von v. Baeyer besonderen Akzent auf die Wiedererlangung des Kontakts mit den Mitmenschen und der "Verpflichtung gegenüber überindividuellen Werten" zu legen, unter denen er die sozialen Werte der Verantwortung und des allgemeinen Nutzens

---

1) Lauter ( )

versteht. Diesen Zielen solle die Beschäftigung dienen.
Deshalb fordert Lauter, daß der Patient wissen müsse, für wen er die Arbeit tut. So werde er sofort und von Anfang an auf seine Bindung z. B. an seine Familie hingewiesen, in die er nach der Behandlung wieder eingegliedert werden soll. Der Autor bringt auch das Beispiel einer gemeinsamen Vorbereitung auf eine Weihnachtsbescherung für gelähmte Kinder.
Um das "Leistungsbewußtsein" des Kranken wieder anzuheben, sei auch eine frei gestaltende Tätigkeit weniger geeignet, als eine Tätigkeit mit offenbarem Nutzwert. Es genüge oft nicht als Anreiz für einen Kranken, eine Betätigung um ihrer selbst willen auszuführen. Vielmehr sei gerade für den chronisch Kranken eine bezahlte Lohnarbeit besser - auch in der Klinik -, welche als Heimarbeit von verschiedenen Betrieben zu beschaffen sei. Dies sei heute umso notwendiger, als durch die modernen Möglichkeiten der Therapie früher unheilbar Kranke wieder in einen normalen Arbeitsprozeß und in normale Lebensverhältnisse außerhalb der Anstalt eingeordnet werden könnten. Auch für diese Bereiche, die unter die sachlichen Gesichtspunkte der Rehabilitation fallen, solle die Beschäftigungstherapeutin zuständig sein. Beide Behandlungsweisen gehören nach Lauter einem gemeinsamen Wirkungsspektrum an. Der Autor bezieht sich dabei auch auf die Ausführungen von Schulte, die oben referiert wurden.
Durch die Gedanken Lauters über rehabilitative Aufgaben der Beschäftigungstherapie ersteht vor uns ein Bild von den Aufgaben der Beschäftigungstherapeutin, das dem des amerikanischen "Occupational Therapist" sehr nahe kommt.

Die gesunde und erziehende Wirkung der Beschäftigungstherapie wird deutlich in einem Aufsatz

der Beschäftigungstherapeutin Vera Finckh, ebenfalls aus der Universitäts-Nervenklinik in München.[1)]
Die Verfasserin teilt die Beobachtung mit, daß durch die Aufhebung der auf den Stationen notwendig durchgeführten Trennung der Geschlechter ein Anreiz zur Hilfsbereitschaft und ein gesellschaftlicher Umgang gepflegt werde, der die Patienten dazu bringe, wieder auf ihr Äußeres zu achten und sich nicht gehen zu lassen. So komme unwillkürlich eine Umgangsform zustande, die sich der im täglichen Leben außerhalb der Klinik üblichen angenähert habe.

Zum Schluß soll noch ein Aufsatz der Beschäftigungstherapeutin Irmela Heinichen gebracht werden, welcher die Erfahrungen von 10 Jahren vorbildlicher Arbeit in der Beschäftigungstherapie an den Warendorffschen Anstalten in Ilten zur Darstellung bringt.[2)]
Die Verfasserin skizziert kurz die besonderen Schwierigkeiten, welche der Beschäftigungstherapeutin in der Psychiatrie begegnen. Diese lägen vor allem darin, daß noch keine sicher wirksame Therapie und auch manchmal am Anfang noch keine eindeutige Diagnose für die Patienten gefunden werden könne und daß oft unvorhergesehen ein neuer Krankheitsschub den Therapieerfolg zunichte machen könne.
Deshalb suche die Therapeutin nach sicheren Anhaltspunkten für eine wirksame Therapie.
Als solches wirksames therapeutisches Moment ließe sich einmal die Persönlichkeit der Therapeutin nennen. Nur wenn sie "ein von seiner Aufgabe durchdrungener Mensch" sei und kraft ihres eigenen harmonischen Wesens eine frohe, harmonische Atmosphäre schaffen könne, habe sie Erfolg. Außerdem sei es unbedingt nötig, daß sie den Schwierig-

---

1) Finckh, V. ( )
2) Heinichen, I. ( )

keiten des Patienten Einfühlungsvermögen und Verständnis entgegenbringe. Ihr sicherster Boden seien "die Kräfte des eigenen Gemüts", nicht theoretische Überlegungen. Wenn eine Therapeutin nicht diese Fähigkeiten mitbringe, geschehe es unweigerlich, daß "aus einer frohen, gelösten Gemeinschaft sich ein Raum voller beschäftigter Einzelwesen entwickelt".

Zweitens baue die Beschäftigungstherapeutin auf die "gesund gebliebenen Teile des Patienten". Sie müsse wohl eine gute Kenntnis der psychiatrischen Krankheitsbilder besitzen; aber da man in zehn Jahre langer Bemühung um eine differenzierte Indikationsstellung "noch zu keinen allgemeingültigen Regeln gekommen" sei und da einer Beschäftigungstherapeutin die wissenschaftliche Grundlage fehle, "um sich hier vorwagen zu dürfen", sei Zurückhaltung geboten bei einer "auf das Kranke zielenden Therapie". "Um das Kranke wirksam angreifen zu können, wählen wir den Weg über das Gesunde", schreibt die Verfasserin. Und man sei erstaunt, wieviel Gesundes man da entdecke.

Die Beschäftigung für den Kranken richte sich nach seiner "Veranlagung". Wenn ein Patient etwas für seine Angehörigen mache, ergäbe das "einen weiteren Sinngehalt". Da es nicht immer richtig sei, sich allein nach den Wünschen des Patienten zu richten, müsse die Therapeutin ihn manchmal "geschickt und unauffällig auf den ihr richtig erscheinenden Weg" führen.

Als dritter wirksamer Faktor werden "die äußeren Mittel der Beschäftigungstherapie" angeführt. Dazu entwirft die Verfasserin eine Skizze der seelischen Verfassung der Patienten. Sie schreibt, die Patienten seien

von der Isolation bedroht, welche sowohl durch die Krankheit selbst, als auch durch das Verhalten der gesunden Umwelt hervorgerufen sei. Außerdem würden die Patienten oft nicht recht verstanden.
Für die Patienten, welche nach Monaten der Krankheit wieder ins normale Leben zurückgehen konnten, verbleibe ein Gefühl der Minderwertigkeit, auch das abwertende Urteil der Umwelt und Furcht vor einem möglichen Rückfall.
Den chronischen Anstaltspatienten hingegen drohe, daß sie von den Menschen draußen vergessen würden. An ihnen besonders könne aber in jahrelanger Beobachtung "die heilende Wirkung der Beschäftigungstherapie an Hand der Arbeiten klar und deutlich" gemacht werden, denn es würden von ihnen Arbeiten geliefert, "vor denen die Besucher von draußen immer wieder bewundernd stehen".
Den chronischen Patienten werde durch die Beschäftigungstherapie "ein neues Lebensgefühl gegeben". Sie bringe "Form, Farbe und Inhalt" in die Eintönigkeit des Anstaltslebens, der Tageslauf werde disziplinierter und das Leben der Kranken mit "Ordnung, Sinn und Freude" erfüllt.
Die Patienten würden gefördert, indem sie zunehmend belastet werden, "bis die Beschäftigung Tagesaufgabe sei", und das Selbstverständnis des Patienten werde gestärkt. Der Kranke gestalte die Gemeinschaft mit und habe an ihr durch Gespräche teil. Außerdem werde dafür gesorgt, daß "die ganze Gemeinschaft Teil an der Arbeit des einzelnen hat" und der Patient reichlich mit Lob bedacht wird.
Die Bindung an die Gemeinschaft werde weiter gestärkt durch Singen, gemeinsames Hören auf Musik, durch Vorlesen, gemeinsames Spielen, Gestalten von Festen und durch gemeinsame

Spaziergänge.
Die Verfasserin kommt somit zu der Feststellung: "Wir...haben die Überzeugung gewonnen, seelisch-geistig kranken Menschen in Verbindung mit anderen Behandlungsmethoden helfen zu können, trotz unserer Einsicht in die Unsicherheit im Ablauf der Krankheit."

III. Eigene Anmerkungen zur Literatur

Die vorgefundene Literatur zeigt die mannigfaltigen Möglichkeiten, Aspekte und Ziele der Beschäftigungstherapie auf.
Es wurde deutlich, daß man um ihre Abgrenzung gegenüber der Arbeitstherapie bemüht ist. Andererseits werden aber bewußt Grenzüberschreitungen gemacht, wie z. B. in dem Aufsatz von Lauter, wenn er fordert, daß auch Dinge von objektivem Nutzwert von den Kranken geschaffen werden sollten, um das "Leistungsbewußtsein" zu heben. Auch wird oft vorgeschlagen, eine Beschäftigung nicht nur um ihrer selbst willen zu tun, wie es Janz fordert, sondern für jemand anders, etwa einen Angehörigen, etwas zu schaffen.
Da es in den Sparten der funktionellen Beschäftigungstherapie, vor allem in der Orthopädie, klare Indikationsfelder für bestimmte Tätigkeiten gibt, meint man, sich auch in der Psychiatrie um abgegrenzte Indikationen bemühen zu müssen. Diese Bemühungen haben bisher keinen Erfolg gezeigt, zumal man noch keine festen Vorstellungen über den pathophysiologischen Funktionsablauf psychiatrischer Erkrankungen hat. Wahrscheinlich kommt man auch in dieser Richtung nicht weiter, da es sich bei der Beschäftigungstherapie um eine Allgemeintherapie handelt, welche bei allen Menschen eigene Fähigkeiten und Kräfte in Bewegung setzt. Ein ebenso wichtiger Faktor wie die Krankheit ist hier die Persönlichkeitsstruktur des Kranken mit seinen speziellen Idealen und Bedürfnissen. Die Beschäftigungstherapie ist der Psychotherapie darin verwandt, daß sie wie diese die Heilungsansätze, welche im Patienten selber liegen, zu wekken und zu fördern sucht.

Es ist daher ein Anliegen in der Beschäftigungs-

therapie, den Patienten - zunächst einmal so wie er ist - ernst zu nehmen. Dadurch wird es nämlich dem Kranken möglich, sich selber anzunehmen.
Die Reaktionsweise eines Menschen ist sehr wandlungsfähig, je nachdem wie er angesprochen wird. Dies trifft auch für den Kranken zu, soweit er nicht durch die Krankheit in seinen Möglichkeiten gebunden ist.
Die Patienten brauchen dementsprechend besonders viel Liebe und freuen sich über ein freundliches Ansprechen und Zuwenden. Dazu kommt das sachliche Moment der Beschäftigung, das - bei aller Betonung der Individualität und des Schöpferischen - ebenfalls eine große Bedeutung hat. Schon an den Gesprächen der Patienten kann man den "versachlichenden" Einfluß ablesen, der spezifische, auf dieser Ebene gewachsene Kontakte der Patienten untereinander ermöglicht, die auf den Stationen in der Form nicht möglich wären. - Diese Gemeinschaft von Menschen mit sehr verschiedenen Krankheitsbildern, die auf der Beschäftigungstherapie-Abteilung nebeneinander tätig sind, hat diesen gemeinsamen Zug, daß die Patienten hier in weitem Maße so genommen werden, wie sie sind, auch von den Mitpatienten. Sie brauchen sich nicht zu verbergen, zu schämen oder zurechtweisen zu lassen, wie das im normalen Leben oft der Fall ist. Dies übt eine entspannende Wirkung aus. Bei aller Angleichung an "normale Verhältnisse" - die so wichtig ist - herrscht hier doch ein "Schonklima", das für den Patienten erträglich ist, wie sich das bemerkbar macht für den Patienten, soll im Teil B dieser Arbeit untersucht werden.
Unter diesem "Klima" können die Fähigkeiten zur Bewältigung von Aufgaben allmählich wieder wachsen, ohne daß der Patient durch zu hohe Anforderungen ständig entmutigt wird - gleichsam spielerisch. So wird ihm die Möglichkeit geschaffen,

wieder zu einem Gefühl innerer Freiheit zu kommen, wieder "Luft zu schnappen", zur Gelassenheit zu finden - soweit die Auswirkungen seiner Krankheit dies zulassen. Das Erfahren des Kranken, daß seine seelischen und körperlichen Funktionen sich allmählich restituieren, fördert die Zuversicht und den Heilungswillen, und der Patient vermag wieder Freude, Sicherheit und Unabhängigkeit zu empfinden.
Dieser gute Einfluß kommt zustande durch die Wirkung des Milieus - sowohl des menschlichen als auch des räumlichen -, durch den Umgang mit dem Material und durch das Erfahren seiner eigenen Fähigkeiten an diesem. - Für die schwer Kranken bedeutet schon das Zusehen, wie andere, mit denen sie zusammen sind, arbeiten, eine gewisse Ablenkung. Wenn ihr Interesse noch nicht bis zum Nachahmen geweckt ist, so verfolgen sie doch mit den Augen, vielleicht auch mit ihren Gedanken, ein wenig das, was die anderen tun.

Neben diesen Beobachtungen, die ich in der Beschäftigungstherapie-Abteilung gewonnen habe und die als Ergänzung und Bestätigung der literarischen Angaben dienen sollen, bin ich wie die Beschäftigungstherapeutin Irmela Heinichen zu der Feststellung gekommen, daß der ganze Einsatz der Therapeutin - durch Einfühlung, Ausdauer und vor allem, indem sie das Ziel der persönlichen Förderung vor Augen hat - von entscheidender Bedeutung ist. Wenn die eigenen Wünsche des Patienten nicht in Richtung auf therapeutische Ziele hin gesteuert werden - etwa im Sinne der "Suggestion" Tramers - geht es bei einzelnen Patienten nicht weiter. Der Heilungswille der Therapeutin soll sich auf den Patienten übertragen. Wenn die Therapeutin da die Zügel schießen läßt, wird das Ganze zu einer allgemeinen Bastelstube, wo der therapeutische Geist in den Hintergrund gedrängt ist. Hier ist am Platz, was Schulte in einem ganz

allgemeinen Zusammenhang so ausdrückt:
"Die Einräumung von Freiheit ist nicht die einzige Forderung. Man würde heutzutage Wesentliches vorenthalten, wenn man nicht auch um Grenzziehung besorgt wäre."[1)]
Die Grenzen liegen aber in der Beschäftigungstherapie da, wo dem Patienten gestattet wird, sich auf den durch die Krankheit geschaffenen oder vertieften Bahnen gehen zu lassen und nur das zu tun, was auf dem Wege geringsten Widerstandes liegt, sowohl des in seiner eigenen Struktur als auch des in der Art der Beschäftigung liegenden.

Zusammenfassend kann man sagen, daß das Wesen und Ziel der modernen Beschäftigungstherapie allgemein darin liegt, dem Patienten anhand sinnvoller und ansprechender Tätigkeit, welche dazu angetan ist, eigene Impulse in ihm zu wecken, einen Raum zu schaffen, in dem die Spannung zwischen individueller Freiheit und Verantwortung, zwischen Vorstellungen und den Anforderungen und Widerständen des Materials wirksam ist. So soll der Patient zu sich selbst - d. h. zur Integration seiner Persönlichkeitsanteile - und zu einer sachlich und affektiv gesunden Beziehung zur Umwelt finden, indem er unter den Gesetzen des Spiels neu mit ihr umzugehen lernt.

---

1) Schulte, Studien zur heutigen Psychotherapie, ( ), Seite 37

TEIL B

UNTERSUCHUNGEN ZUR PSYCHIATRISCHEN BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE AN DER TÜBINGER NERVENKLINIK

I. Grenzen und Vor-Urteile

Diese Arbeit geht von der Annahme aus, daß die Patienten sich gewöhnlich selbst ein Urteil darüber bilden, was ihnen geholfen habe, und daß sie - nicht anders als die Gesunden - wissen, was ihnen Freude macht. Es wird auch angenommen, daß sie, wenn sie nur eine Spur von Krankheitseinsicht besitzen und der Wille zur Gesundung besteht, - meist unbewußt, manchmal aber auch bewußt - die Möglichkeiten, die ihnen geboten werden, so benützen, daß sie zu ihrem Vorteil dienen.

Dieses Streben könnte man als das "gesunde Element" im Kranken bezeichnen, welches dem therapeutischen Bemühen entgegenkommt und an das der Therapeut anknüpfen, auf das er aufbauen muß. In diesem gemeinsamen Streben von Patient und Therapeut steckt ein Moment der Partnerschaft, in welchem der Patient als menschliches Gegenüber ernst genommen wird.

Es gibt allerdings Kranksein, bei welchem dem Patienten eine richtige Einsicht in sein Krankheitsgeschehen und in die Notwendigkeit einer Therapie fehlt. Das trifft z. B. in weiten Teilen bei den Psychosen zu. Hier muß der Therapeut stellvertretend für seinen Patienten entscheiden.

Es ist oft nicht genau zu sagen, wieweit die Beschäftigungstherapie und wieweit die anderen Therapieformen am Heilungserfolg beteiligt sind, oder ob vielleicht sogar eine spontane Besserung

eingetreten ist.
Außerdem müßte man eigentlich zum Vergleich "Normalbefunde" haben - also von Gesunden - und müßte ihre Variabilität in Abhängigkeit von Persönlichkeitsstruktur, Beruf, Geschlecht, Alter und anderen Faktoren kennen, um damit die Reaktion der Kranken mit ihrem verschiedenartigen Wesen, ihrer unterschiedlichen Herkunft und ihrer Krankheit vergleichen zu können. - Da es nicht möglich ist, Gesunde in die Klinik einzugliedern, fehlen diese Vergleichsdaten.
Wegen des relativ kurzen Aufenthalts der Patienten in der Klinik war auch eine echte Verlaufskontrolle oft unmöglich. Manchmal haben die Patienten selber etwas über den Verlauf und den Wandel ihrer Einstellung zur Beschäftigungstherapie sagen können. Die Erfassung bleibt jedoch meist auf Aussagen beschränkt, die zu einem Zeitpunkt gegeben wurden. Dies ist ein großer Nachteil gegenüber Untersuchungen an psychiatrischen Anstalten, wo ein Anteil der Patienten über längere Zeit bleibt, während es sich in der Universitäts-Klinik nur um Wochen oder höchstens um einige Monate handelt.
Diese Einschränkungen müssen also von vornherein bei den in dieser Arbeit gewonnenen Feststellungen gemacht werden.

II. Die Tätigkeit der Patienten in der Beschäftigungstherapie

Vor dem Jahre 1963 vollzog sich die Betreuung der Kranken an der Tübinger Universitäts-Nervenklinik durch ausgebildete Beschäftigungstherapeutinnen auf den einzelnen Abteilungen der Klinik in kleineren Räumen oder im jeweiligen Tagesraum. 1963 wurde dann ein großer Dachraum als ansprechend eingerichteter Werkraum ausgebaut, in den nun Patienten aller Abteilungen zur Beschäftigungstherapie geschickt werden, und zwar für je zwei Stunden morgens und nachmittags. Daneben wird noch auf Krankenabteilungen, vor allem auf den geschlossenen psychiatrischen Stationen, eine Beschäftigungstherapie durchgeführt.
Die Techniken, welche die Patienten lernen und anwenden, sind sehr vielseitig und wechseln auch in weitem Maße - je nach den räumlichen Möglichkeiten, dem vorhandenen Material und Handwerkszeug, der Jahreszeit, den jeweiligen Ideen der Therapeutinnen und den Wünschen der Patienten. Während des Zeitraums meiner Untersuchungen kamen folgende Techniken zur Anwendung:

1. Ton: Kneten und Modellieren;
2. Peddigrohr-Flechtarbeiten: Tabletts, Körbe, Spiegelränder und ähnliches;
3. Weben: vom groben Teppichweben bis zum Durchführen komplizierter Muster und Darstellungen;
4. Knüpfen;
5. Holz: Sägen, Modellieren, Furnierarbeit;
6. Kupfer- und Emaillearbeiten;
7. Mattenflechten;
8. Mosaik: durch Zerkleinern bunter Steine oder mit bunten Glasscherben;
9. Batik;
10. Leder- und Stoffarbeiten: Bucheinbände, Brief-

mappen, Stofftiere und Puppen;

11. Drahtbiegearbeiten: Halsketten und Armschmuck - mit und ohne Perlen;
12. Malen, Zeichnen, Linolschnitt, Stoffdruck;
13. Schrift;
14. Klebarbeiten: Papierkörbe, Weihnachtssterne, "Kasperle in der Tüte", Mobiles, Transparente;
15. Maschineschreiben.

III. Abriß über die Untersuchungen an Patienten

1. Herkunft und Art der Befunde

In dieser Arbeit sind 451 Patienten erfaßt worden - unter Verwendung verschiedener Methoden:

1. 306 Befunde stammen von den Aufzeichnungen der Beschäftigungstherapeutinnen auf den Verordnungsbögen - aus der Zeit von Januar 1963 bis August 1965. Die Aufzeichnungen enthalten in knappen Sätzen einige Bemerkungen über das Verhalten der Patienten bei der Beschäftigung, über den Erfolg der Therapie und über die Art der Tätigkeit.
2. Von 20 Patienten der Psychotherapie-Abteilung wurden die Krankengeschichten durchgearbeitet. Daraufhin wurden im September 1965 diese Patienten über ihre Einstellung zur Beschäftigungstherapie befragt. - 4 der hier genannten 20 Patienten sind ein zweites Mal mit den unter 4. genannten Fragebogen-Patienten erfaßt worden. (Rest: 16 Patienten).
3. 26 Patienten wurden während der Zeit vom 6.10. bis 15.11.1965 in kurzen Gesprächen nach ihrer Erfahrung und Meinung bezüglich der Beschäftigungstherapie gefragt.
4. 103 Patienten wurden befragt anhand von mir entworfener Fragebögen - in der Zeit vom 18.11. 1965 bis 23. 2. 1966. Davon befanden sich 19 Patienten auf den geschlossenen psychiatrischen Abteilungen und wurden dort, wo sie im Tagesraum beschäftigungstherapeutisch behandelt wurden, befragt. - Von 24 der durch den Fragebogen erfaßten Patienten habe ich außerdem kurze Aufzeichnungen von Auskünften, die sie ungefähr einen Monat früher gemacht haben und die evtl. eine beschränkte Verlaufskontrolle möglich machen.

Verordnungsbogen

B e s c h ä f t i g u n g s t h e r a p i e

Name:..... geb.:.....
Vorname:..... Station:.....
Beruf:..... Diagnose:.....

I. Behandlungsziel:

1. Beruhigung..... 9. Überschau üben.....
2. Konzentration..... 10. Umstellungsfähigkeit.....
3. Zielstrebigkeit..... 11. Ausagieren.....
4. Ausdauer..... 12. Ventil für Aggressionen..
5. Selbstvertrauen heben..... 13. Stimmung heben.....
6. Aktivierung..... 14. Stimmung dämpfen.....
7. Spontaneität üben..... 15. Kontakt fördern.....
8. Entscheidungen provozieren.. 16. nur Freizeit nutzen.....

II. Verhalten des Therapeuten:

1. betont sachlich..... 2. von der Gemütsseite ansprechen.....

III. Gefahren:

1. Suizid.....
2. Entweichung....
3. Aggression.....
4. Negativismus...

IV. Körperliche Behinderungen:.....
.....

V. Wahn:.....
.....

VI. Therapie: (Medikamente, Dosen)

1. Pharmakotherapie:.....
2. Psychotherapie:.....
3. Sonstige Therapie:.....

Datum:..... .....
Unterschrift des Arztes

(Rückseite:) Anfang der Behandlung:.....
Ende der Behandlung:.....
Bemerkungen:

Fragebogen

Name: Beruf:

Alter:

(Diagnose:)

1. Kommen Sie gerne in die Beschäftigungstherapie?

2. Wie empfänden Sie es, wenn Sie nicht hierher kommen könnten?

3. Macht Ihnen die Tätigkeit Freude?

4. Was machen Sie am liebsten oder möchten Sie am liebsten machen?
   Warum?

5. Bestimmen Sie selber, was Sie tun wollen oder lassen Sie es sich von der Therapeutin sagen?

6. Wie finden Sie a) die räumliche,
   b) die menschliche Atmosphäre?

7. Haben Sie das Gefühl, daß Ihnen die Tätigkeit hier hilft?
   Inwiefern?
   Inwiefern nicht?

8. Welche Tätigkeiten haben Sie bis jetzt ausgeführt und in welcher Reihenfolge?

   Welche haben Sie vorzeitig aufgegeben, welche haben Ihnen besonders gefallen?

   Haben Sie häufig oder wenig gewechselt?
   Warum?

9. Haben Sie sich von anderen Patienten in der Wahl oder Ausführung beeinflussen lassen oder führen Sie lieber ganz eigene Einfälle aus?

10. Arbeiten Sie lieber mit anderen zusammen oder für sich allein, ohne mit anderen über Ihre Arbeit zu sprechen?

11. Was sollte nach Ihrer Meinung anders sein?

12. Finden Sie die Gemeinschaft hier oben besser als auf der Station?

2. Das Untersuchungsprogramm

a) Die vorgefundenen Krankheitsbezeichnungen für die Patienten wurden zu 7 Diagnosengruppen vereinheitlicht:
1. Schizophrenien,
2. Depressive Syndrome,
3. Manische Zustände,
4. Abnorme Persönlichkeiten,
5. Organisches Psychosyndrom,
6. Vorwiegend psychoreaktive Syndrome,
7. Neurologische Erkrankungen,
8. Anfallsleiden (Schwachsinn kam nicht vor).

b) Die Aussagen der 103 Patienten aufgrund des Fragebogens, der 16 Patienten von der Psychotherapie-Abteilung und der 26 im Gespräch befragten Patienten - insgesamt 145 Fälle - wurden als subjektive Feststellungen aufgefaßt und den Angaben der Beschäftigungstherapeutinnen über 306 Patienten auf den Verordnungsbogen gegenübergestellt. Diese wurden als objektive Befunde gewertet.

c) Das Untersuchungsmaterial wurde nach folgenden Gesichtspunkten behandelt:
1. Patientenaussagen darüber, wieweit die Beschäftigungstherapie geholfen habe.
2. Patientenangaben, die keine oder kaum eine Wirkung sichtbar werden ließen, und objektive Befunde dazu.
3. Patienten, bei denen objektiv eine Wirkung erkennbar war.
4. Patientenaussagen über die affektive Einstellung zur Tätigkeit und zur Beschäftigungstherapie und objektive Befunde dazu.
5. Patienten, über die objektive Aussagen gemacht wurden hinsichtlich der Wirkung auf Konzentration und Ausdauer, auf Ablenkung oder Be-

ruhigung.
6. Patientenaussagen über die Wirkung auf das Selbstvertrauen und objektive Befunde dazu.
7. Patientenaussagen über den Kontakt mit anderen und die Beziehung zur Gemeinschaft innerhalb der Beschäftigungstherapie und objektive Befunde dazu.
8. Patientenaussagen über die Selbständigkeit beim Werken und objektive Befunde dazu.
9. Patientenaussagen über die verschiedenen Materialien und Techniken und objektive Befunde dazu.

Das Untersuchungsmaterial wurde zu diesem Zweck bei jeder Fragestellung neu geordnet, und es wurden dabei jeweils nur diejenigen Patienten berücksichtigt, von denen oder über die Aussagen zu der betreffenden Frage vorlagen.

IV. Die Ergebnisse

Zu den vorgenannten Gesichtspunkten.

1. Patientenaussagen darüber, wieweit die Beschäftigungstherapie geholfen habe.

Material: Antworten von 103 Patienten auf die Frage 2 und 7 des Fragebogens.
1 Auskunft im Gespräch.

a) Zu Frage 2: "Wie empfänden Sie es, wenn Sie nicht hierher kommen könnten?" (nämlich zur Beschäftigungstherapie-Abteilung). - Bei Patienten, die auf den geschlossenen psychiatrischen Abteilungen gesondert behandelt wurden, hieß die Frage entsprechend: "Wie empfänden Sie es, wenn Sie diese Beschäftigung nicht hätten?"

48 der 103 Patienten gaben auf diese Frage folgende Antwort: "Es wäre langweilig", "inhaltslos", "Meine Zeit wäre nicht ausgefüllt", "Ich möchte hier sonst nicht sein", "Es wäre eintöniger", "Wäre nicht auszuhalten", "Ich würde es vermissen", "Es wäre fad", "schrecklich", "Ich würde verzweifeln".
Die Patienten, welche diese Antworten gaben, gehören zu den folgenden Diagnosegruppen:
10 mal Schizophrenien (1 als "Paranoia" abzugrenzen),
9 mal depressive Syndrome (davon wurden 3 als "endogen" angegeben, 6 als "neurotische" oder "reaktive Depression"),
1 mal manischer Zustand,
4 mal abnorme Persönlichkeiten (davon 2 Alkoholiker),
2 mal organisches Psychosyndrom,
22 mal psychoreaktive Syndrome.

14 Patienten von den 103 sagten, sie suchten sich dann woanders eine Arbeit oder Beschäftigung. Einzelne von ihnen gaben an, was sie sonst täten:

Lesen, Schachspielen, in die Stadt gehen, Strikken oder ähnliches. Andere wissen nicht genau, was sie sonst tun könnten.
Die Diagnosen dieser Patienten bieten folgendes Bild:
1 mal Schizophrenie,
4 mal depressive Syndrome (davon 1 "endogene Depression"),
2 mal abnorme Persönlichkeiten (Sucht)
7 mal vorwiegend psychoreaktive Syndrome.

13 der 106 Patienten sagten: "Es ist mir egal" oder "Es wäre auch nicht schlimm" oder "Ich hab auch so Abwechslung".
Die Diagnosen der Patienten sind:
2 mal Schizophrenie,
1 mal depressives Syndrom,
10 mal psychoreaktive Syndrome.

6 Patienten antworten mit: "Ich bin schon lieber hier", "Es ist gut, hierher zu kommen", "Es täte mir leid sonst" oder "Es wäre schade" (wenn es das nicht gäbe).
Ihre Diagnosen sind:
1 mal depressives Syndrom,
3 mal psychoreaktive Syndrome,
2 mal neurologische Erkrankungen (cerebelläre Ataxie und organische Sprachstörung).

5 Patienten geben Antworten wie: "Dann ginge es mir schlechter" und "Es ginge mir nicht besonders gut" (wenn sie nicht in die Beschäftigungstherapie kommen könnten). Und einer meint: "Ich würde mich sonst mehr gedrückt fühlen".
Ihre Diagnosen:
2 mal Schizophrenie,
1 mal depressives Syndrom ("endogen")
1 mal abnorme Persönlichkeit,
1 mal psychoreaktives Syndrom.

Die restlichen 17 von den 103 Patienten machen

verschiedenartige Aussagen, die hier im einzelnen gebracht werden sollen.
3 Kranke meinen: "Ich brauche etwas, was mich zerstreut" oder ähnlich. - Diagnose: Schizophrenie, depressives Syndrom, psychoreaktives Syndrom.
"Ich würde schwermütig werden", meint ein schizophrener Patient.
"Man hätte viel Zeit zum Grübeln", sagen 2 Patienten mit depressivem Syndrom.
3 Kranke sagen: "Ich weiß nicht, was ich sonst machen sollte". - Es handelt sich um 2 Patienten mit depressivem und 1 mit psychoreaktivem Syndrom.
"Es hält wach, sonst würde ich schlafen" meint eine schizophrene Patientin. -(Die Aussage deutet auf eine Wirkung von Psychopharmaka hin.)
Ein anderer schizophrener Patient äußert: "Es wäre mehr wie ein Krankenhaus sonst".
Ein Schreiner mit organischem Psychosyndrom erklärt: "Ich würde mich sonst ganz übrig fühlen."
Ein anderer Patient mit organischem Psychosyndrom dagegen, der nicht mehr an Hilfe für seinen Zustand glaubt, meint: "Ein bißchen Geschäft muß man auch haben".
"Nur Zeitverkürzung", meint ein schizophrener Patient auf der geschlossenen Abteilung.
"Das Klavier ist der Hauptfaktor, daß ich regelmäßig komme", gesteht ein Patient mit psychoreaktivem Syndrom. Er darf, wenn die Zeit für die Beschäftigungstherapie um ist, auf dem Klavier spielen.
2 Patienten schließlich meinen, es wäre besser, wenn sie nicht zur Beschäftigungstherapie kommen müßten. Der eine, ein 21jähriger schizophrener Patient, sagt dazu, er sei zu allem unbegabt, habe keine Lust und glaube nicht, daß man ihm bei seiner Krankheit helfen könne. - Die 2. Patientin -

mit psychoreaktivem Syndrom - äußert dazu, es komme aber darauf an, wie sie gestimmt sei. Ihre Antwort ist recht launisch und scheinbar nicht ganz ernst zu nehmen.

b) Zu Frage 7: "Haben Sie das Gefühl, daß Ihnen die Tätigkeit hier hilft? - Inwiefern? - Inwiefern nicht?"

75 der 103 befragten Patienten gaben auf den ersten Teil der Frage ("Haben Sie das Gefühl, daß Ihnen die Tätigkeit hier hilft?") eine direkte Antwort.
45 von diesen 75 Patienten antworteten auf diese Frage: "Ja, es ist eine Ablenkung", "...von der Krankheit", "Der Tag geht schneller herum", "Man kann dadurch vergessen", "Es ist eine Abwechslung", "Es hilft gegen Langeweile", "Es ist Zeitvertreib". Sie alle bejahen zuerst die Frage, ob es ihnen helfe und geben dann meist noch die Begründung, die hier genannt ist.
Ihre Diagnosen sind folgendermaßen verteilt:
13 mal Schizophrenien (davon 1 "Paranoia")
9 mal depressive Syndrome (davon 2 "endogene Depression"),
5 mal abnorme Persönlichkeiten (davon 2 Alkoholiker),
17 mal psychoreaktive Syndrome,
1 mal neurologische Erkrankung (cerebelläre Ataxie).

Die 21 Patienten von den 75, welche die Frage verneinten, werden im folgenden, 2. Abschnitt behandelt.

9 Patienten antworteten mit: "Ich weiß nicht, ob es mir hilft", "vielleicht" (hilft es), "Das kann man erst nachher sagen" oder ähnlich.
Ihre Diagnosen:
1 mal Schizophrenie,
1 mal depressives Syndrom,
1 mal abnorme Persönlichkeit,
6 mal psychoreaktive Syndrome.

Die restlichen 28 von den 103 Patienten beantworteten nur den zweiten Teil der Frage, inwiefern ihnen die Tätigkeit helfe. - Außerdem gaben 16 Patienten von den soeben aufgeführten auf die Teilfrage "Inwiefern?" eine spezielle Antwort.
Auf die Frage "Inwiefern nicht?" konnte kein Patient eine Antwort geben.
Die Antwort dieser insgesamt 44 Patienten soll nun gebracht werden.
13 Patienten gaben einfach die Tatsache an, es sei die Betätigung, die ihnen helfe, sie sei "Anregung", man müsse sich "sinnvoll beschäftigen", "Arbeiten hilft immer", "Die Tätigkeit nimmt ganz in Anspruch", oder "...weil man etwas lernt".
Die Diagnosen dieser Patienten:
4 mal Schizophrenie,
4 mal depressive Syndrome,
1 mal manischer Zustand,
4 mal psychoreaktive Syndrome.

11 Patienten gaben an, es helfe, denn sie hätten "Spaß an der Arbeit", "Man freut sich, wenn man etwas fertiggebracht hat", "Man wird nicht abgestumpft" (Letzteres antwortete ein schizophrener Patient).
Die Diagnosen:
4 mal Schizophrenie,
3 mal depressive Syndrome,
3 mal psychoreaktive Syndrome (davon 1 "Zwangskrankheit").

Bei 7 Patienten erfolgten die Angaben: (Die Tätigkeit) "hebt das Selbstbewußtsein", "gibt Selbstsicherheit", "Ich merke, wenn ich angefangen habe, daß ich es kann", "man entdeckt , daß man doch mehr kann".
Ihre Diagnosen:
2 mal depressive Syndrome (davon 1 "endogene Depression"),
5 mal psychoreaktive Syndrome.

Die Angaben der restlichen 13 von den 44 Patienten sollen im einzelnen gebracht werden.
Eine Patientin mit depressivem Syndrom sagte: "Wenn man wieder Lust zur Arbeit hat, merkt man, daß es aufwärts geht."
Beruhigende Wirkung gaben 4 Patienten an mit Schizophrenie, abnormer Persönlichkeit (Schlafmittelsucht) und 2 mal mit psychoreaktivem Syndrom.
"Man fühlt sich der Gesellschaft angeschlossen", meinte ein Patient mit psychoreaktivem Syndrom.
Ein anderer Patient mit psychoreaktivem Syndrom sagte, ihm helfe die Anregung der Mitpatienten und daß man sehe, daß auch andere Patienten sich aufrafften, denen es noch schlechter ginge.
Ein schizophrener Patient äußerte: "Man muß sich mit der Tätigkeit auseinandersetzen."
Daß die Beschäftigung Zufriedenheit bewirke, meinten zwei Patienten, von denen der eine Alkoholiker ist und der andere ein psychoreaktives Syndrom hat.
Entspannende Wirkung gab ein Patient mit depressivem Syndrom an.
Eine Patientin mit depressivem Syndrom sagte, die Beschäftigungstherapie sei ihr eine große Hilfe gewesen und habe ihr wieder Aufschwung gegeben. Es ist allerdings sehr wahrscheinlich, daß dieser Aufschwung spontan gekommen ist, da die Patientin während der Behandlung von einem depressiven in einen manischen Zustand überwechselte.
Eine schizophrene Patientin meinte, es helfe, "daß man ein bißchen weiterkommt".

c) Eine Patientin mit depressivem Syndrom gab mir im Gespräch (außerhalb der Fragebogen-Aktion) folgende Auskunft: Anfangs habe sie die Tätigkeit gemacht, weil man sie dazu gezwungen habe. Dann sei es immer besser geworden. Der Ansporn der Beschäftigungstherapie habe vor den Medika-

menten (Tofranil) geholfen. "Sonst würde man verzweifeln und nur grübeln" (wenn man keine Beschäftigung hätte). "Man merkt, man kann wieder etwas. - Das Schöne empfindet man auch, wenn man ganz unten ist. Wenn es besser geht, freut einen das immer mehr. Es wirkt beruhigend, ablenkend und ermutigend. Durch Freude am Schönen wird man aufgeschlossen. - Am Anfang war es gut, daß ich kommen mußte."

2. Patientenangaben, die keine oder kaum eine Wirkung sichtbar werden ließen und objektive Befunde dazu

Material: Antworten von 21 Patienten auf die Frage 7 des Fragebogens.
63 Angaben auf den Verordnungsbogen.
1 Auskunft im Gespräch.

a) Zu Frage 7: "Haben Sie das Gefühl, daß Ihnen die Tätigkeit hier hilft?"
Nachdem im 1. Abschnitt Antworten von 82 Patienten auf diese Frage zur Darstellung kamen, sollen nun die 21 Patienten aufgeführt werden, welche diese Frage mit "Nein" beantworteten.
Ihre Diagnosen sind:
5 mal Schizophrenie,
4 mal depressive Syndrome,
1 mal abnorme Persönlichkeit,
11 mal psychoreaktive Syndrome.

Die Befunde im einzelnen:
Die Antwort von 4 schizophrenen Patienten lautete genau: "Ich brauche es eigentlich gar nicht", "Ich fühle mich nicht krank", "Ich weiß nicht, warum ich hier bin", "Bleibt alles beim Alten". In drei Fällen handelte es sich hier um eine Hebephrenie bei jungen Patienten.
Eine Patientin mit der Diagnose "endogene Depression" sagte: "Ich kam mir vor wie einer mit einem

gebrochenen Bein, der laufen soll." Diese Patientin hatte außerdem eine fast phobische Angst vor den Männern, die auf der Abteilung sind - ein Phänomen, was ich sonst bei keiner Patientin angetroffen habe. Dann hatte sie eine vollkommen negative affektive Einstellung zur Nervenklinik überhaupt, die durch unverständige Äußerungen der dörflichen Umgebung, aus der sie stammt, gespeist sind.

2 Patienten mit der Diagnose "Depression in der Involution" (Hirnarteriosklerose) sagten: "Mir kann kein Doktor mehr helfen." Einer von ihnen gab wohl zu: "Es gefällt mir schon besser." Aber einen Monat später war noch derselbe negative Bescheid bei ihm zu bekommen. Auch objektiv hatte sich nichts geändert.

Eine Patientin mit depressiven und phobischen Symptomen, die lange und viel in der Beschäftigungstherapie-Abteilung gearbeitet hat, brachte auf die Frage, ob ihr das helfe, die Bemerkung: "Was könnte mir das schon helfen!" Über die räumliche Atmosphäre im Beschäftigungstherapie-Raum sagte sie nur: "Sie stört mich nicht."

Alle 11 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen und ein Patient mit der Diagnose "neurotische Depression" sagten, sie hätten zwar Freude an der Tätigkeit, aber sie verspürten keinerlei Hilfe davon, da ihre Problematik auf anderem Gebiet läge. - Eine von ihnen, eine Kindergärtnerin, meinte, da sie vom Beruf her viel bastle, bedeute dies nichts Neues und stelle auch keine Hilfe dar. - Und ein Student, der für seine Examensvorbereitung keinen Antrieb und keine Konzentration mehr aufbrachte, sagte, er empfinde, daß die Betätigung in der Beschäftigungstherapie ein Fluchtweg sei vor dem, was er nötig für das Studium tun müsse. So werde er verführt, sich nicht genügend mit seiner Problematik auseinanderzusetzen.

b) Von den 306 Patienten, über welche die Beschäftigungstherapeutinnen auf den Verordnungsbogen kurze Berichte angefertigt haben, lassen sich 63 hier einordnen. Bei ihnen ließ sich laut den Angaben keine erkennbare Heilwirkung erzielen.
Die Ergebnisse sollen nun, nach Diagnosen geordnet, gebracht werden.

In den Berichten über 24 schizophrene Patienten gaben die Therapeutinnen folgende Attribute über das Verhalten der Patienten: "lustlos", "gleichgültig","mißmutig", "kindisch","kaum Beziehung zum Material" und "völlig abwesend". Bei einigen Patienten sei die Unruhe so groß, daß sie schwer an einer Arbeit gehalten werden könnten, oder sie seien so antriebslos und gesperrt, daß es ihnen kaum gelänge, etwas fertigzubringen. Und wenn einmal etwas zustande komme, brauche es ungeheuer lange Zeit. - Bei einem dieser Patienten war nach den Angaben zusätzlich eine organische Hirnschädigung vorhanden, ein anderer macht schon den 5. Schub der Erkrankung durch, und bei einem dritten pfropft sich der Prozeß auf eine Minderbegabung auf. Bei den anderen, oft recht jungen Kranken soll es sich meist um ein sehr akutes Geschehen handeln. - Öfter wird angegeben, die Patienten seien durch die intensive Pharmakotherapie stark belastet.
2 Patienten mit der Diagnose "Randpsychose" wurden angeführt, bei denen über Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Unbeständigkeit und Passivität geklagt wurde. Diese Grundhaltung der Kranken sei während der ganzen Dauer der Behandlung nie überwunden worden.

Von 2 Patientinnen mit manischem Syndrom wurde berichtet, daß Ausdauer und Konzentration bei ihnen vollkommen fehlten und die Patienten auch zu keinem Entschluß mehr fähig seien. Mit viel Geduld

von seiten der Therapeutin gelänge es allerdings ab und zu, die Patienten für kurze Zeit mit irgend etwas, das ihre Affektivität anspräche, zu beschäftigen.

In 15 Fällen von depressivem Syndrom bleibt nach den Berichten ebenfalls jeder heilende Einfluß einer Beschäftigung aus. 8 mal steht hier die Diagnose "endogene Depression" und 7 mal "depressiver Verstimmungs- oder Versagenszustand". Diese Patienten könnten keinen Sinn mehr finden in ihrem Tun, so heißt es, oder ihr Antrieb sei so lahmgelegt, daß sie kaum dagegen angehen könnten und sogar noch tiefer in die Verzweiflung gerieten durch die Erfahrung ihrer Insuffizienz. Zu der Antriebslosigkeit könne noch eine innere Unruhe und Gespanntheit hinzukommen.
Bei Patienten mit zusätzlichem organischem Psychosyndrom verhindere die Verwirrtheit, daß sie kontinuierlich beschäftigt werden könnten. Die Patienten müßten ständig zur Arbeit angehalten und neu angeleitet werden.
Von einer Patientin mit organischem Psychosyndrom hieß es, daß sie zu verwirrt war, um überhaupt beschäftigt zu werden.

3 Patienten mit abnormer Persönlichkeitsstruktur konnten ebenfalls durch die Beschäftigungstherapie nicht gebessert werden.
Von dem einen, der wegen Alkoholmißbrauch psychotherapeutisch behandelt wurde, hieß es, er weigere sich, an der Beschäftigungstherapie teilzunehmen. - Die anderen, 2 Patienten mit einer Suchterkrankung, sollen zuerst sehr aufgeschlossen für die Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie gewesen sein und hätten viele Ideen mitgebracht, aber nach der ersten Begeisterung hätten sie keine Durchhaltekraft mehr gehabt. Zuletzt seien sie unregelmäßig oder gar nicht mehr gekommen.

Bei 20 Fällen von psychoreaktivem Syndrom konnten die Therapeutinnen ebenfalls keinen Erfolg ihrer Bemühungen aufweisen.
Von 12 dieser Patienten wurde gesagt, sie arbeiteten zwar gern in der Beschäftigungstherapie, aber ihre Schwierigkeiten und ihre Symptomatik werde dabei nicht gebessert.
Von 2 Patienten mit einer Zwangsneurose wurde berichtet, sie weigerten sich mit aller Kraft, an der Beschäftigungstherapie teilzunehmen. Schließlich sei es gelungen, sie zu einer einfachen Tätigkeit zu bewegen, wodurch allerdings die Symptome nicht deutlich beeinflußt würden. Sie blieben innerlich abwesend und antriebslos. Bei dem einen habe sich zuletzt wenigstens äußerlich ein gewisser Erfolg abgezeichnet, und er sei etwas mehr bei der Sache gewesen.
Bei einem Patienten mit der Diagnose "Entwurzelungssituation" konnte, nach dem Bericht, durch die Beschäftigung mit einer ihm bekannten Technik kein Interesse geweckt werden. Er habe keine Lust, etwas zu Ende zu bringen.
Eine Patientin, die sich ständig ein Auge zuhielt, war - so wird berichtet - überhaupt nicht zu einer Tätigkeit zu bewegen.
4 junge Patienten mit der Diagnose "Entwicklungskrise" seien äußerst schwierig zu beeinflussen gewesen. 3 von ihnen arbeiteten nur, wenn sie Lust hätten, oder sie hätten überhaupt kein Interesse an der Arbeit, außerdem hätten sie Schwierigkeiten im Kontakt zu anderen. Der vierte finge zwar vieles an, aber er sei nicht bleibend zur Ausdauer und Ordnung zu bringen.

Zum Schluß soll noch eine Notiz über einen schizophrenen Patienten erwähnt werden, welche die negativen Aussagen dieses Abschnitts über jene Krankengruppe relativieren kann. Die Notiz findet sich nach dem abschließenden Satz "keine

Besserung festzustellen" und lautet: "Als er entlassen worden war, ließ er noch durch einen Pfleger bestellen, daß ihm durch die Beschäftigungstherapie sehr viel geholfen worden sei."

c) Eine Studentin mit der Diagnose "hysterische Persönlichkeitsstruktur" (abnorme Persönlichkeit) gab mir in einem Gespräch folgende Auskunft: Sie sähe für sich keinen Sinn in der Beschäftigungstherapie, da sie sich nur solche Arbeit suche, bei der sie nicht denken brauche und ihre Gedanken abschweiften, z. B. Weben. Dann helfe es gar nichts. - Ein Einsatz im klinischen Jugendheim der Nervenklinik mache ihr dagegen viel Freude und gebe ihr Mut, die Fortführung ihres Medizinstudiums wieder ins Auge zu fassen.

3. Patienten, bei denen objektiv eine Wirkung erkennbar war

Material: 105 Angaben auf den Verordnungsbogen.

Bei 32 schizophrenen Patienten war eine Besserung zu verzeichnen, die durch die Beschäftigungstherapie gefördert und befestigt wurde.
Nach den Berichten waren etwa die Hälfte dieser Patienten nach anfänglichem Zögern selbständig bei der Arbeit. Sie seien auch von selber mit Ausdauer, zum Teil sogar mit Eifer und Freude dabei. Verschlossenheit und Verkrampfungen hätten sich gelockert und die Patienten hätten mehr Vertrauen zu sich selber gewonnen.
Ein ängstlicher und sehr selbstkritischer Patient, der schon den 3. Schub seiner Krankheit erlebt, dränge sich sogar nach Arbeit, um Anerkennung zu bekommen und sich selbst zu zeigen, was er noch könne. Durch leichte Arbeiten, die dann von einer größeren Arbeit (Holzarbeit) abgelöst wurden, sei es gelungen, daß er Freude und

Sicherheit zurückgewonnen habe und gelockerter geworden sei.
Ein anderer Patient habe durch die Arbeit in solchem Maße neuen Mut und Sinn für sein Leben bekommen, daß er nach der Entlassung weiter regelmäßig komme.
Die Kontaktfähigkeit bleibe allerdings bei einigen Patienten schwach und sei kaum zu beeinflussen während der Behandlung.
Bei den anderen schizophrenen Patienten erfordere es oft sehr viel Geduld, sie bei der Arbeit zu halten. Die Patienten sähen keinen Sinn in der Arbeit oder seien unkonzentriert, abwesend und müde.
2 Patienten hätten, nachdem sie schon recht gut mitmachten, einen schweren Rückfall erlitten, und man habe wieder von vorne anfangen müssen.
Schließlich sei doch - beim einen schneller, beim anderen langsamer - eine deutliche Besserung zu erzielen gewesen. Die Patienten seien selbständiger und sicher geworden.
Bei manchen gebe es immer wieder schlechtere Phasen, auch sei bei einzelnen nie eine rechte Freude zu verspüren.
Ein Patient, der zuerst vor Zittern und Aufregung nichts habe machen können, habe einen so starken Willen aufgebracht, etwas zu schaffen, daß er nach einer Woche des Krankseins, als er gerade wieder habe arbeiten können, sich mit Ausdauer daran gemacht und nicht geruht habe, bis er seine schwierige Holzarbeit tadellos fertigstellte.
2 Patienten mit der Diagnose "Randpsychose" seien durch die Freude an der Ausführung und am Gelingen der Arbeit aufgeschlossener geworden. Die eine habe auch allmählich mehr Initiative gewonnen, die andere bleibe im Ganzen recht unbeständig - meistens interessiert und hilfsbereit, machmal aber auch sehr langsam und unentschlossen.

Bei 6 Patienten mit manischem Syndrom habe sich die starke Umtriebigkeit und Unkonzentriertheit durch eine geeignete Tätigkeit (z. B. Holzarbeit, grobes Weben, Mosaik) einigermaßen - zum Teil sogar recht gut - binden lassen. Bei einer Patientin sei es auch gelungen, von groben Arbeiten (Ton) auf feine (Mobile) überzugehen.

In 33 Fällen von depressivem Syndrom konnte ein Erfolg der Beschäftigungstherapie verzeichnet werden.
Von einigen Patienten mit der Diagnose "endogene Depression" hieß es hier, daß sie von Anfang an die Möglichkeit einer Beschäftigung dankbar angenommen oder doch bald Freude daran gefunden hätten, und dann auch eigene Ideen brachten. Andere seien recht still und arbeiteten etwas mechanisch, seien aber auch gerne dabei.
Auch die schwierigsten Fälle mit der Diagnose "reaktive Depression" seien meist recht bald aufgelockerter, zuversichtlicher, zufrieden und froh geworden. Manche seien von Anfang an interessiert dabei. Andere die sich gar nichts zutrauten, hätten sich überzeugen lassen, daß sie doch etwas Schönes zustande bringen, und hätten gelernt, sich wieder zu konzentrieren.
Die Patienten mit der Diagnose "Erschöpfungs- und Versagenszustände" waren - den Berichten zufolge - viel schwerer nachhaltig zu beeinflussen. Mit viel Geduld sei es aber gelungen, Verkrampfung und Ängstlichkeit, Müdigkeit und Verzagtheit in den Hintergrund zu schieben und den Patienten Freude und größeres Selbstvertrauen zu vermitteln.
Eine Patientin habe sich förmlich in die Arbeit gestürzt, um zu vergessen, und habe auch noch außerhalb der Beschäftigungstherapie gearbeitet. Gegen Ende sei auch sie ruhiger geworden und habe mehr Selbstvertrauen gehabt.

Bei einzelnen Patienten dauere es recht lange, bis sie Selbstvertrauen und Eigeninitiative entwickelten, und der Zustand könne auch schwanken.

Bei 8 Patienten mit organischem Psychosyndrom habe sich die Beschäftigungstherapie beruhigend ausgewirkt durch grobe leichte Arbeiten. Manche von diesen Patienten würden gefesselt von den bunten Farben beim Mosaiklegen und Batiken. Andere ließen sich durch hübsche Dinge anregen, für Enkelkinder und andere Verwandte etwas zu machen, und bekämen Freude und etwas Selbstvertrauen. Sie merkten nach anfänglichen Schwierigkeiten, wo sie immer wieder ermuntert und zur Ausdauer angehalten werden müßten, daß sie doch noch etwas fertig brächten.

Bei 26 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen, die sich - wie aus den Berichten hervorgeht - oft kaum etwas zutrauen oder gehemmt und lustlos sind, konnte das Selbstvertrauen mit der Zeit gestärkt werden, und die Patienten seien froher, zuversichtlicher, ausgeglichener und stetiger geworden.
Schon daß man sich mit den Patienten und mit ihren Schwierigkeiten abgäbe, ließe viele nach einigen Widerständen Mut fassen und bewirke, daß mancher von seiner unzufriedenen Haltung abließe und umgänglicher werde. Dazu komme, daß die Nötigung zur Konzentration eine recht beruhigende Wirkung habe.
Ein Patient sei dadurch, daß er mit anderen zusammen sei und ihnen helfe, sicherer geworden und nicht mehr so überkritisch gegen sich selbst.
2 Patienten mit der Diagnose "Zwangskrankheit" zeigten auch eine deutliche Besserung. Bei dem einen sei Ablehnung und Aggressivität überwunden worden, bei dem anderen Unbeständigkeit und Verkrampfung, nachdem sie eine Betätigung gefunden

hätten, die sie selbständig und mit Erfolg fertigbrachten. Beide seien dabei allerdings recht eigenwillig, und der eine von ihnen sei bald sehr selbstbewußt und besserwisserisch den anderen gegenüber aufgetreten.
6 Patienten mit puberalen Krisen und Neurosen zeigten die Schwierigkeiten psychagogischer Führung durch die Therapeutin. Vor allem sei es die Eigenwilligkeit, die mangelnde Ausdauer und das Mißtrauen, dem begegnet werden müsse, schrieb die Therapeutin. Wenn diese jungen Patienten etwas fänden, was andere machten, seien sie mit Eifer dabei, es auch zu tun. Und wenn es zu ihrer Zufriedenheit gelungen sei, würden sie aufgeschlossener und umgänglicher. Nur dürften sie nicht merken, daß sie geführt werden, sondern sie wollten sozusagen ganz allein darauf kommen.
Für die drei Patientinnen mit einer Magersucht sei es schon von Bedeutung, daß sie im Therapieraum in die Gemeinschaft aufgenommen werden und daß man sich mit ihnen abgibt, wenn auch eine von ihnen sich gerne mal von den anderen absetze und unbedingt eigene Ideen durchführen wolle. Alle seien sehr gewissenhaft bei der Arbeit. Bei der einen zeige sich der Erfolg darin, daß sie sicherer geworden sei, die andere könne sich sehr über eine gelungene Sache freuen. - Die rasche Ermüdbarkeit mache sich in einem Falle hemmend bemerkbar.

4. Patientenaussagen über die affektive Einstellung zur Tätigkeit und zur Beschäftigungstherapie und objektive Befunde dazu

Material: Antworten von 103 Patienten auf die Frage 1, 3, 6 und 11 des Fragebogens.
72 Angaben auf den Verordnungsbogen.
5 Auskünfte im Gespräch.

a) Zu Frage 1: "Kommen Sie gerne in die Beschäftigungstherapie?" - Bei Patienten, die in den geschlossenen psychiatrischen Stationen behandelt werden entsprechend: "Machen Sie gerne in der Beschäftigungstherapie mit?"
Und Frage 3: "Macht Ihnen die Tätigkeit Freude?"

Die Antworten auf beide Fragen sollen gemeinsam abgehandelt werden, da sie meistens gleich lauten.

Von 103 Patienten beantworteten 83 die 1. Frage und 85 die 3. Frage mit "Ja".
Ihre Verteilung auf die Diagnosengruppen entspricht etwa dem Verteilungsverhältnis von allen 103 Patienten (vgl. Kapitel V, Übersicht).

Die Antworten der restlichen Patienten sollen nun im einzelnen vorgetragen werden.

6 Patienten beantworteten die Frage 1 mit "Nein". 2 von ihnen haben eine Schizophrenie. - Der eine verneinte auch die 3. Frage. Der andere meinte zu Frage 3: "Ja, ab und zu".
2 Patienten mit depressivem Syndrom gehören dazu. Die erste sagte zu Frage 3: "Dies macht mir mehr Freude" (nämlich das, was sie im Augenblick tat). Dann ein Patient, der zur Gruppe der abnormen Persönlichkeiten gehört ("Psychasthenie"). Seine Antwort auf die 3. Frage war: "Zuerst hat mir die Tätigkeit ein bißchen Freude gemacht, aber jetzt hängt sie mir zum Halse heraus."
Ein Patient mit organischem Psychosyndrom verneinte beide Fragen.
Ein Patient mit psychoreaktivem Syndrom verneinte ebenfalls beide Fragen.

"Nicht besonders", äußerten 3 Patienten auf Frage 1. Einer von ihnen hat eine Schizophrenie. Er beantwortete Frage 3 ebenso.
Die zweite Patientin hat ein depressives Syndrom. Sie antwortete auf die 3. Frage: "Nicht so gern."

Der dritte Patient, mit psychoreaktivem Syndrom, sagte zu Frage 3: "Wenn ich mal hier bin, habe ich meinen Spaß daran."

Eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom sagte zur 1. Frage: "Ja, ab und zu". Und zur 3. Frage meinte sie: "Mehr nein als ja".

"Es kommt darauf an, was man gerade macht", meinten 4 Patienten. Drei von ihnen - ein schizophrener Patient, einer mit depressivem Syndrom und einer mit psychoreaktivem Syndrom - bejahten die 3. Frage. Der vierte Patient - ebenfalls mit psychoreaktivem Syndrom - sagte bei der 3. Frage: "An und für sich (ist es) schön, ich muß nur erst richtig drin sein."

"Am Anfang ja, jetzt nicht mehr so", äußerten 2 Patientinnen. Eine von ihnen hat eine Schizophrenie, die zweite ein psychoreaktives Syndrom. Die zweite Patientin sagte auf die 3. Frage: "Wenn ich etwas fertig hatte, habe ich mich immer gefreut." Beide wollten gerne wieder nach Hause und waren enttäuscht, daß sich die Behandlung so lange hinzog. (Das war bei letzterer Patientin sogar eine heilsame Regung, da sich eine starke Übertragungsbindung zur behandelnden Ärztin herausgebildet hatte.)

2 andere Patientinnen machten ihre Einstellung davon abhängig, ob sie sich selber wohlfühlten und sagten deshalb: "Manchmal gern, manchmal nicht gern." Eine von ihnen bejahte jedoch die 1. Frage.

Noch 4 Patienten bejahten die 1. Frage, gaben aber auf die 3. andere Antworten.
Drei von ihnen leiden an einer Schizophrenie. Von ihnen beklagten zwei ihren Mangel an der Fähigkeit, sich über die schönen Gegenstände und Möglichkeiten in der Beschäftigungstherapie zu freuen. Die eine meinte: "Ja, ein bißchen, aber es

sollte eigentlich mehr sein." und die andere sagte: "Die Freude fehlt mir noch." - Der dritte Kranke sagte zu Frage 3: "...wenn gerade was Angenehmes zu machen ist."
Eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom meinte: "Es geht". Und ein Patient mit dem gleichen Syndrom hatte "zum Großteil" Freude an seiner Tätigkeit.

b) Zu Frage 6: "Wie finden Sie a) die räumliche, b) die menschliche Atmosphäre?"

71 Patienten von 103 antworteten auf den ersten Teil der Frage (räumliche Atmosphäre) mit "schön", "gut", "angenehm", "ausgezeichnet".

Der zweite Teil der Frage (menschliche Atmosphäre) wurde von 68 Patienten positiv beantwortet: "Nett", "gut", "angenehm", "freundlich", "Man hilft sich gegenseitig", "Man bekommt Rat und Vorschläge", "gutes Zusammenarbeiten".

Die Diagnosen dieser Patienten bieten wiederum keine deutliche Abweichung vom Gesamtquerschnitt.

Weitere Antworten auf die Frage nach der räumlichen Atmosphäre waren folgende:
6 Patienten brachten einen etwas sachlicheren Eindruck: "Es ist so, wie es eben in einem Werkraum ist", "ganz passend", "relativ gut","zweckmäßig", "ordentlich".
Für die Patienten gelten folgende Diagnosen:
1 mal depressives Syndrom,
1 mal abnorme Persönlichkeit (Alkoholiker von der geschlossenen psychiatrischen Abteilung),
4 mal psychoreaktives Syndrom.

Noch etwas kühler war das Urteil von 8 Patienten, welche meinten: "Nicht schlecht", "nicht störend", "annehmbar".
Ihre Diagnosen:
2 mal Schizophrenie (davon 1 "Paranoia"),

3 mal depressive Syndrome,
2 mal psychoreaktive Syndrome,
1 mal neurologische Erkrankung (cerebelläre Ataxie).

"Es geht", äußerten 1 Patient von der geschlossenen psychiatrischen Station und 2 Patientinnen mit psychoreaktiven Syndromen.
Und eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom meinte: "Nicht so besonders".

"Am Anfang habe ich mich nicht wohlgefühlt, aber jetzt habe ich mich dran gewöhnt", sagte eine Kindergärtnerin mit psychoreaktivem Syndrom.
Ein anderer Patient mit demselben Syndrom sagte ähnlich: "Am Anfang war es manchmal bedrückend."
"Vielleicht ein bißchen starkes Durcheinander", meinte ein junger Patient mit psychoreaktivem Syndrom.
Und 3 andere antworteten: "Ein bißchen eng". Zwei von ihnen haben eine Schizophrenie und eine ein psychoreaktives Syndrom.
Eine Patientin mit der Diagnose "schwere Zwangsneurose" erschien recht gleichgültig. Sie meinte: "eigentlich egal".

"Nicht gut" fanden es nur eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom und eine Patientin mit depressivem Syndrom, welche sagte: "Wie wenn man zu Hause auf der Bühne arbeiten müßte. Am Anfang hat mich die Atmosphäre sehr bedrückt."
Ein anderer Patient mit depressivem Syndrom beurteilte die Atmosphäre auf der geschlossenen psychiatrischen Abteilung als "schlecht", zum Teil wegen der beschränkten Möglichkeiten dort im Tagesraum.

Die Äußerungen der Patienten über die menschliche Atmosphäre waren noch folgende:
Von denselben 8 Patienten, die oben die räumliche Atmosphäre als "nicht schlecht" oder "nicht störend" bezeichneten, wurde die menschliche At-

mosphäre ebenso beurteilt, außer von einer Patientin mit depressivem Syndrom, welche hierzu meint: "Es geht".
Die letzte Antwort gaben auch 2 Patienten, von denen die eine als abnorme Persönlichkeit bezeichnet werden kann und die andere wegen eines manischen Syndroms behandelt wurde. Außerdem die beiden Patienten, welche auch den ersten Teil der Frage mit "es geht" beantworteten.
"Teils nett" fand eine Patientin mit der Diagnose "Zwangskrankheit" die menschliche Atmosphäre.
2 Patienten äußerten zurückhaltend: "Bis jetzt kann ich mich nicht beklagen." Einer von ihnen leidet unter einem psychoreaktiven Syndrom, der andere war wegen Alkoholabusus auf der geschlossenen psychiatrischen Abteilung.
Ein anderer Alkoholiker auf dieser Abteilung meinte: "relativ gut". - Und ein Patient mit organischem Psychosyndrom äußerte trocken: "Schafft jeder sein Sach."
Andere Patienten auf der geschlossenen psychiatrischen Abteilung beklagten sich über die Atmosphäre dort. So fand der Patient mit depressivem Syndrom, welcher die räumliche Atmosphäre als "schlecht" bezeichnet hatte, dies auch von der menschlichen. - Eine Patientin dort sagte: "Zur Zeit gut, aber es war schon anders; da wollte keiner was tun." - "Zu viel alte Leute", klagte eine 17jährige Patientin, die wegen "Verwahrlosungsgefahr" dort aufgenommen worden war.

Einige Patienten sagten speziell etwas dazu, was die anderen Patienten auf sie für einen Eindruck machten.

So meinte eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom, die schon einmal erwähnt wurde als eine, welcher der Klinikaufenthalt zu lange dauerte: "Manchmal habe ich gedacht, wenn ich die Menschen

sehe, die ganz krank sind: Du mußt sehen, daß du bald hier herauskommst."
Eine 18jährige schizophrene Patientin sagte: "Man merkt, daß es alles Patienten sind." Sie fand das aber nicht schlimm.
Eine andere Patientin mit depressivem Syndrom sagte: "Traurig, daß es so was gibt. Aber es muß halt sein." Sie meinte damit bestimmte Patienten auf der Beschäftigungstherapie-Abteilung, welche einen besonders kranken Eindruck auf sie machten.

Auf den Stationen sind die Patienten nicht nur nach Geschlecht, sondern auch etwas mehr nach der Schwere der Krankheit verteilt. Deshalb hörte ich immer einmal von den leichter kranken, meist mit psychoreaktiven Syndromen behafteten Patienten Bemerkungen, daß sie sich in der Beschäftigungstherapie-Abteilung erst recht wie in einer Nervenklinik vorkämen oder daß sie es zuerst als sehr unangenehm empfänden, unter so kranken Menschen zu sein. Meist gewöhnten sie sich aber schnell daran. Einer dieser Patienten meinte jedoch: "Es ist eine Zumutung, hier heraufzukommen, wo abgeschlossen wird und Leute von der geschlossenen Abteilung da sind." Der von dem Patienten beschriebene Zustand war eine Ausnahme. Außerdem empfand es der Patient sowieso als Zwang, daß er an der Beschäftigungstherapie teilnehmen sollte.
Viel schwieriger erwiesen sich die Nöte, welche 2 schizophrene Kranke äußerten über die menschliche Atmosphäre: "Sehr schwierig", sagte der eine, "und zwar liegt das an mir. Die Menschen sind so verschieden..." Und der andere sagte: "Ich hab im Augenblick keinen Kontakt."

c) Zu Frage 11: "Was sollte nach Ihrer Meinung anders sein?"

Die Antwort einer Patientin mit der Diagnose "Zwangskrankheit" auf diese Frage ergänzt die

soeben ausgeführten Beobachtungen. Sie sagte: "Am Anfang habe ich gedacht: - wenn die Patienten nach Krankheit geordnet würden! Lieber Menschen mit ungefähr gleichen Leiden. Jetzt würde es mich nicht mehr wesentlich berühren."
Eine andere Patientin mit psychoreaktivem Syndrom wünschte dagegen, "daß die von unten (die Stationen außer der Psychotherapie-Abteilung, welche im Dachstock untergebracht ist) nicht heraufkommen".
Eine dritte Patientin dieser Abteilung meinte ebenfalls: "Man sollte die schwer kranken Patienten nicht mit uns zusammenbringen - die Anfälle bekommen."

Die meisten Patienten konnten die 11. Frage nicht beantworten. Sie meinten: "Keine Gedanken gemacht", "schwer zu beurteilen", "kann ich schlecht sagen" oder ähnliches.
10 Patienten antworteten: "Gar nichts", "kann bleiben, wie es ist", "kann nicht klagen". Oder: "Sehr ideal", "nicht so nackt, wie sonst die Werkhallen", "schön klein und eng beisammen".

Einzelne hatten aber ein bißchen Kritik vorzubringen.
5 Patienten wünschten, daß mehr Platz da wäre. Es sei manchmal ein bißchen eng. Oder: Jeder sollte seinen eigenen Werktisch haben.
5 Patienten bemerkten, es sei nicht genügend Werkzeug da.
Ebenfalls 5 Patienten waren es - jeweils zum Teil dieselben -, die meinten, man solle den Lärm vermeiden und Klopfarbeiten in einem besonderen Raum machen lassen.
Ein Patient hatte sich dazu sogar schon konkretere Gedanken gemacht: "Es (das Abtrennen) wäre technisch möglich. Ich habe mir das schon durch den Kopf gehen lassen..."

Es ist in der Tat so, daß es manchmal Lärm gibt, der nicht zu vermeiden ist. Zwar wird das Beklopfen des Kupferblechs in einem kleinen Nebenraum gemacht, aber es tönt trotzdem sehr durch. Und manchmal, wenn viele da sind, ist im Ganzen etwas wenig Platz vorhanden.
2 Patienten (psychoreaktives Syndrom) schlugen eine räumliche Aufteilung vor, daß die einzelnen Sparten mehr konzentiert werden.
Bessere Belüftung wünschten 3 weitere Patienten.
Eine schizophrene Patientin meinte, es könne ein bißchen aufgeräumter sein.
Eine andere schizophrene Patientin wünschte, daß das Klavier (welches im Beschäftigungstherapie-Raum steht) in einem schalldichten Raum wäre und daß man darauf musizieren könnte. Eine andere Patientin wünschte gemeinsamen Gesang.
Von einer depressiven Patientin wurde schon erwähnt (Abschnitt 2), daß sie die Anwesenheit der Männer auf der Abteilung störte.
Sonst war im Gegenteil zu beobachten, daß die Vermischung der Geschlechter bei mehreren Patienten anregend wirkte auf Gespräche, auf die Hilfsbereitschaft und auf die Art des Auftretens.

d) Die Berichte auf den Verordnungsbogen ergänzten in 82 Fällen obige Befunde.
Von den Patienten fand sich bei 63 ein positiver Bescheid, bei 19 Patienten eine negative Einstellung.

Von 12 Patienten mit einer Schizophrenie wurde berichtet, daß sie Freude an der Tätigkeit haben:
7 Kranke seien von Anfang an mit Freude, Interesse und Aufgeschlossenheit dabei gewesen.
4 weitere Patienten seien nach anfänglicher oder zwischendurch auftretender Unlust und abweisender Haltung durch die Atmosphäre der Beschäftigungs-

therapie angelockt worden und hätten mit der Zeit Freude am Gelingen der Arbeit gezeigt. Auch ihre Stimmung sei ausgeglichener geworden.
Von einer schizophrenen Patientin wurde gesagt, daß sie trotz Freude an der Arbeit nicht die rechte Beziehung dazu habe.

Von 22 Patienten mit depressivem Syndrom wurde berichtet, daß 12 von ihnen gleich mit Freude bei ihrer Tätigkeit seien oder nach anfänglicher Antriebsarmut gerne mitmachten.
Ein Patient habe zwar Gefallen an der Arbeit, er laufe aber trotzdem immer wieder weg und habe keine Ausdauer.
Von einer Patientin hieß es, daß sie trotz positiver Einstellung etwas mechanisch arbeite.
Bei 5 Patienten mit der Diagnose "reaktive Depression" wurde berichtet, daß die Therapeutinnen zunächst sehr mit Unlust, Ablehnung oder Resignation zu kämpfen gehabt hätten. Schließlich hätten diese Patienten jedoch Freude an irgend welchen schönen und interessanten Tätigkeiten gehabt und seien freiwillig und gern gekommen und gelockerter geworden.

3 Kranke mit psychoorganischem Syndrom hätten viel Freude an der Tätigkeit gewonnen und wären sichtlich aufgemuntert worden. - Eine 4. Patientin sei recht wechselnder Stimmung, werde aber doch immer durch die Tätigkeit gefesselt und habe dann auch Freude daran.

Von 18 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen hieß es bei 9 ebenfalls, daß sie von Anfang an Freude an der Beschäftigung haben.
Drei junge Patienten mit der Diagnose "Pubertätskrise" waren darunter. Von ihnen und einem vierten, der anfänglich ablehnend war, wurde gesagt, ihre Selbstsicherheit habe dadurch gefördert werden können.
Drei Patienten seien zuerst ängstlich und depri-

miert oder unbeständig und unzufrieden gewesen, seien dann aber auch durch Tätigkeiten gefesselt worden, an denen sie Freude fanden.
Ein Patient mit der Diagnose "Kernneurose" sei sehr gehemmt gewesen, außerdem interesselos und resigniert. Nachdem er immer wieder ermutigt worden war und merkte, daß er etwas Gutes schaffte, sei er zum Schluß sehr stolz, ja überheblich geworden angesichts seines Schaffens.
Ein anderer Patient sei äußerst passiv und unkonzentriert gewesen, habe aber behauptet, viel Freude an den Arbeiten zu haben.
Eine Patientin neigte dazu, etwas sofort aufzugeben, wenn es nichts zu werden drohte, und sei recht wechselhaft gewesen. An gewissen Dingen fände sie aber Freude, und zuletzt habe sie einen ausgeglicheneren Eindruck gemacht.
Ein Patient, in dessen Diagnose "Kontaktstörungen" genannt wurden, sei sehr mißtrauisch gegen die Beschäftigungstherapie gewesen, habe nicht arbeiten wollen und an manchen Tagen ständig geschimpft. Nach einiger Zeit sei er viel gelockerter und fröhlicher geworden und habe viel Freude gefunden an einem Weihnachtsgeschenk für seine Mutter und für seine Frau, und er sei wie umgewandelt.

2 Patientinnen mit organischen Leiden, eine mit Patit mal-Anfällen und eine mit schwerer extrapyramidaler Hyperkinese, hätten ebenfalls viel Spaß an der Tätigkeit, erstere nach anfänglicher völliger Ablehnung.

Diesen 63 Patienten mit positiver Einstellung stehen folgende 19 gegenüber:

Von 10 Patienten mit Schizophrenien seien 7 vollkommen freudlos, oft unstet. Sie liefen von der Arbeit weg oder weigerten sich gänzlich, noch etwas zu tun. Nichts kann sie affektiv ansprechen.

Drei Patienten mit der Diagnose "Randpsychose" seien sehr unbeständig in ihrer affektiven Einstellung und müßten sehr viel angehalten und aufgemuntert werden, damit sie etwas täten. Sie seien sehr darauf angewiesen, daß man sich mit ihnen abgibt.

Ein Patient mit depressivem Syndrom habe sich anfangs ganz gegen die Beschäftigungstherapie gesträubt, dann habe er wohl etwas getan, aber lustlos.
Eine andere depressive Patientin habe ebenfalls keine Lust, sei vollkommen gleichgültig und ließe jede Arbeit liegen, die nicht in kurzer Zeit beendet sei.

Ein Student, der eine abnorme Persönlichkeit darstellte ("Wesensveränderungen nach Schädelhirnbruch und Alkoholabusus"), sei völlig ablehnend der Beschäftigungstherapie gegenüber. Er sage, er sei Wissenschaftler und könne nicht handwerklich arbeiten. Er sei dann in die Gärtnerei geschickt worden.

Bei 6 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen konnte die Beschäftigungstherapie ebenfalls keine positive Einstellung wecken.
Von einer Patientin mit der Diagnose "Angstneurose", welche zu dieser Gruppe zu zählen ist, hieß es, sie sei zwar ausdauernd, aber ohne Schaffensfreude.
Nachlässig, lustlos und nicht zu interessieren sei auch eine Patientin mit der Diagnose "Entwurzelungsreaktion" gewesen.
Eine andere Patientin ("Zwangsneurose") beurteile alles nach Nützlichkeitsprinzip und zeige für die meisten Arbeiten kein Interesse.
Entschlußlos und abgeneigt zeigten sich auch 2 weitere Patienten, von denen der eine sowieso gegen den ganzen Klinikbetrieb negativ eingestellt sei.

Eine Patientin fühle sich in der Beschäftigungstherapie-Abteilung völlig deplaciert und sei recht rücksichtslos.

e) Von 4 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen, die mir im Gespräch Auskunft gaben, sagten drei, daß es ihnen anfangs nicht gefallen habe, aber dann habe es ihnen doch Freude gemacht und zur Ablenkung verholfen, daß sie in der Beschäftigungstherapie mitmachten. - Die vierte Patientin sagte, es sei "erholend und nervenstärkend" und sie fände es schön, daß man tun könne, was einem Spaß macht.
Auch ein 16jähriger Patient meinte, ihm habe die Tätigkeit von Anfang an Freude gemacht. Er fand es ebenfalls gut, daß man machen könne, was man wolle. Und es sei lockernd.

5. Patienten, über die objektive Aussagen gemacht wurden hinsichtlich der Wirkung auf Konzentration und Ausdauer, auf Ablenkung oder Beruhigung

Material: 67 Angaben auf den Verordnungsbogen.

Auf den Verordnungsbogen fanden sich Befunde von 17 Patienten, die von Anfang an mit Ausdauer tätig waren.
Unter ihnen waren 5 Patienten mit einer Schizophrenie. Es wurde berichtet, daß sie auch affektiv an ihrem Tun beteiligt seien.
Von einem Patienten mit depressivem Syndrom ("endogene Depression") hieß es, er werde durch die Arbeit ruhiger.
4 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen und einer mit der Diagnose "Antriebsstörungen" zeigten von Anfang an Fähigkeit zu Ausdauer und Konzentration.
Auf 3 weitere Patienten mit psychoreaktiven Syndromen wirkte sich die Betätigung beruhigend aus.

Bei 2 anderen Patienten mit psychoreaktiven Syndromen hieß es, daß es schnell gelungen sei, sie durch die Tätigkeit, die sie eifrig und freudig machten, von ihrer Selbstbeobachtung abzulenken.
Und von einem jungen Patienten mit der Diagnose "Pubertätskrise" hieß es recht bezeichnend: "Wenn ihn etwas interessierte, war er imstande, Ausdauer zu zeigen."

Von 25 weiteren Patienten aus den 67 hier aufgeführten wurde berichtet, daß sie mit der Zeit hinsichtlich Konzentration, Ausdauer und Beruhigung deutlich gebessert werden konnten.
An Diagnosen kamen dabei vor:
5 mal Schizophrenie,
8 mal depressive Syndrome (davon 2 "endogene Depression", 2 "agitierte Depression", 4 "depressive Erlebnisreaktion"),
4 mal manische Zustände,
1 mal abnorme Persönlichkeit (Alkoholiker),
1 mal organisches Psychosyndrom,
5 mal psychoreaktive Syndrome (davon 1 "Pubertätskrise").
Außerdem wurde von einer Patientin berichtet, die immer wieder wahnhafte Angstanfälle bekomme. Sie sei gezwungen worden, trotz der Anfälle weiterzuarbeiten, und es sei auf diese Weise oft gelungen, die Anfälle zu überwinden.

Bei den restlichen 25 Patienten ließ sich nach den Berichten der Mangel an Ausdauer und Konzentration während der Zeit der Behandlung nicht bessern.
Es wurde von ihnen gesagt, daß sie ständig zur Arbeit angehalten werden müßten und unkonzentriert arbeiteten.
Die Diagnosen dieser Patienten sind:
4 mal Schizophrenie,
7 mal depressive Syndrome (davon 1 "Angstpsychose"),

2 mal manische Zustände,
2 mal abnorme Persönlichkeiten,
10 mal psychoreaktive Syndrome.

4 Patienten, die auf die Frage 7 des Fragebogens, ob ihnen die Tätigkeit helfe, selber eine beruhigende Wirkung angaben, sind im 1. Abschnitt erwähnt.

6. Patientenaussagen über
die Wirkung auf das Selbstvertrauen
und objektive Befunde dazu

Material: 31 Angaben auf den Verordnungsbogen.
4 Auskünfte im Gespräch.

a) In den Berichten der Verordnungsbogen fanden sich 26 Patienten, welche durch die Beschäftigungstherapie mehr Sicherheit und Selbstvertrauen gewannen.

Unter ihnen waren 4 schizophrene Kranke.
Eine war Studentin. Sie konnte eine komplizierte Marionette bauen und sei sehr stolz darauf gewesen. Es habe ihr guten Auftrieb gegeben.
Ein Patient, der den 3. Schub einer Schizophrenie durchmachte, drängte sich förmlich nach Arbeit, um Anerkennung zu bekommen. Es sei jedoch nicht so leicht, dies bei ihm zu erreichen, da er sehr ängstlich und selbstkritisch sei. Zuletzt habe er aber gelockerter und sicherer gewirkt.
Die anderen beiden Patienten, mit der Diagnose "sensitiver Beziehungswahn", seien durch die Bestätigung der anderen sicherer geworden und hätten durch ihr Tun mehr Selbstvertrauen erlangt.

8 Patienten mit depressiven Syndromen seien ebenfalls durch die Betätigung selbstsicherer geworden, durch das Gelingen der Arbeit. Zwei von ihnen seien anfangs sehr unruhig und ein dritter stark verkrampft gewesen.

Und eine weitere Patientin, mit der Diagnose "Erschöpfungsdepression", sei so müde gewesen, daß sie nur mit größeren Pausen arbeiten konnte. Dadurch, daß trotzdem etwas Rechtes zustande gekommen sei, habe sie sich viel mehr zugetraut.

Von 13 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen seien 7 anfangs gehemmt, deprimiert und voller Minderwertigkeitsgefühle gewesen und hätten gefürchtet, nichts fertigzubringen. Auch ihr Zustand und der der übrigen 6 Patienten, welche an Selbstunsicherheit litten, habe sich wesentlich gebessert. Bei zweien war die Diagnose "Pubertätskrise".

Bei 5 von den 32 Patienten ist keine Stärkung des Selbstvertrauens sichtbar geworden.
Einer von ihnen war ein sehr sensitiver Archivar, bei dem der Verdacht auf eine Schizophrenie bestand. Es hieß, er habe sehr unter der Vorstellung gelitten, sein augenblicklicher Zustand bliebe bestehen und seine geistigen Fähigkeiten seien verloren. Deshalb habe er auch anfänglich überhaupt nicht an der Beschäftigungstherapie teilnehmen wollen, denn er stelle sehr hohe Anforderungen an sich. Diesem habe schwer Genüge getan werden können. Er sei dann länger bei einer Technik gelassen worden (Tonformen), um seine Fertigkeit zu verbessern.
Von 3 Patienten mit depressiven Syndromen hätten zwei schwere Minderwertigkeitsideen und quälten sich selber mit zu hohen Ansprüchen. Sie blieben deshalb oft unzufrieden. - Die dritte depressive Patientin sei in der ganzen Zeit der Behandlung völlig ohne Schwung und Selbstvertrauen geblieben.
Ein 21jähriger Patient mit psychoreaktivem Syndrom habe auch während der ganzen Zeit kein Selbstvertrauen gewonnen und sei meistens gar nicht zu einer Arbeit zu bewegen.

b) 4 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen sagten in einem Gespräch etwas über die Stärkung des Selbstvertrauens durch die Beschäftigungstherapie.
Der eine hatte von der Kindheit an Minderwertigkeitskomplexe und litt jetzt an Verkrampfungen im Bauch, wenn er irgend etwas tat. Er sagte, die Beschäftigungstherapie habe eine Änderung seiner Lebenseinstellung bewirkt. Er habe Selbstsicherheit und Mut bekommen, und sein Wohlbefinden habe sich etwas gebessert. Gegen die Schlafstörungen habe sie auch geholfen. Aber die Verkrampfungen kämen auch hier.
Der zweite Patient litt an Selbstunsicherheit und phobischen Symptomen. Er berichtete, er habe eine Erleichterung und Befriedigung durch die fertiggestellte Arbeit verspürt; sie habe ihm Freude gemacht. Er habe Verschiedenes ausprobiert, und alles sei ihm gelungen. Das habe ihm Auftrieb gegeben.
Die beiden anderen Patientinnen erzählten, daß sie zu Anfang keine Lust gehabt hätten, es aber dann sehr schön fanden. Es habe ihr Selbstvertrauen gestärkt, weil sie gesehen hätten, was sie alles fertigbrächten.

Die 7 Patienten, welche auf die Befragung durch den Fragebogen (Frage 7) angaben, daß die Beschäftigungstherapie ihnen zur Hebung ihres Selbstvertrauens und ihrer Selbstsicherheit verholfen habe, wurden im 1. Abschnitt vorgestellt.

7. Patientenaussagen über den Kontakt mit anderen und die Beziehung zur Gemeinschaft innerhalb der Beschäftigungstherapie und objektive Befunde dazu

Material: Antworten von 103 Patienten auf die Frage 10 und von 34 Patienten auf die Fra-

ge 12 des Fragebogens.
68 Angaben auf den Verordnungsbogen.

Die Frage 9 des Fragebogens nach der Beeinflussung durch andere, welche ebenfalls das Thema dieses Abschnittes berührt, wird im folgenden 8. Abschnitt behandelt.

a) Zu Frage 10: "Arbeiten Sie lieber mit anderen zusammen oder für sich allein, ohne mit anderen über Ihre Arbeit zu sprechen?"

50 Patienten sagten auf diese Frage, sie arbeiteten lieber mit anderen zusammen, sähen gerne, was andere machten und sprächen mit ihnen darüber.
10 von ihnen hatten eine Schizophrenie. Auch sonst waren die Diagnosen entsprechend der allgemeinen Zusammensetzung vertreten (vgl. Kapitel V, "Auswertung").
Zu dieser Gruppe gehörte eine Patientin mit organischer Sprachstörung und cerebellärer Ataxie, die auch gerne mit anderen zusammenarbeiten möchte. Sie klagte aber, daß sie den Kontakt ganz schlecht finde. Dies sei dadurch bedingt, daß sie sich nicht ohne Hilfe fortbewegen könne und sehr mühsam spreche.
Bemerkenswert ist auch die Antwort eines Patienten mit psychogener Sprachstörung aus dieser Gruppe. Er sagte: "Mit anderen zusammenarbeiten, das ist mir zehnmal lieber."

27 Patienten sagten, sie seien lieber allein bei der Arbeit und hätten mit anderen Patienten wenig oder kaum Kontakt.
Sie verteilen sich auf folgende Diagnosen:
7 mal Schizophrenie,
6 mal depressive Syndrome,
2 mal abnorme Persönlichkeiten (davon 1 Alkoholiker, 1 "Verwahrlosungsgefahr"),
1 mal organisches Psychosyndrom,

11 psychoreaktive Syndrome (davon 3 "Sprachstörungen").
Eine schizophrene Patientin dieser Gruppe fügte hinzu: "...obwohl ich kein Einzelgänger von Natur bin." Und eine andere schizophrene Patientin klagte: "Lieber allein, da ich mich geniere wegen des Zitterns; aber zu anderen zu sprechen ist besser."

8 Patienten sagten: "Es kommt drauf an - welche Arbeit man hat, mit wem man zusammen arbeitet", "Wenn man jemand braucht, ist es ganz gut, wenn man jemand hat".
Ihre Diagnosen:
3 mal Schizophrenien (davon 1 "Paranoia"),
2 mal abnorme Persönlichkeiten (davon 1 Alkoholiker),
3 mal psychoreaktive Syndrome.

5 Patienten war es gleich, ob sie mit anderen zusammenarbeiteten oder nicht.
Ihre Diagnosen sind:
1 mal depressives Syndrom,
2 mal abnorme Persönlichkeit (beide Male "Sucht"),
2 mal psychoreaktive Syndrome.

6 Patienten sagten, sie arbeiteten gerne allein, sprächen aber schon zwischendurch mit anderen.
Sie verteilen sich auf folgende Diagnosen:
2 mal Schizophrenie,
1 mal depressives Syndrom,
1 mal manischer Zustand,
2 mal abnorme Persönlichkeiten.

3 Patienten meinten, sie arbeiteten "überwiegend" oder "viel allein".
Ihre Verteilung auf die Diagnosen:
2 mal depressive Syndrome,
1 mal psychoreaktives Syndrom.

"Wenn noch andere dabei sind, das stört mich nicht", meinten 3 weitere Patienten.
Ihre Diagnosen lauten:

1 mal Schizophrenie,
1 mal organisches Psychosyndrom,
1 mal psychoreaktives Syndrom.

Eine Patientin mit depressivem Syndrom sagte: "Über die Arbeit spreche ich nie." Sie berichtete, daß andere wohl kämen und mit ihr sprächen und daß es sie bedrücke, wenn sie andere klagen hört.

Die Verteilung, was die Kontaktfähigkeit betraf, war praktisch gleich bei beiden Geschlechtern:
In der Gruppe derer, die lieber mit anderen zusammen arbeiteten, war das Verhältnis männlich : weiblich = 25 : 23.
In der Gruppe derer, die lieber allein arbeiteten war es = 15 : 12.

b) Zu Frage 12: "Finden Sie die Gemeinschaft hier oben (auf der Beschäftigungstherapie-Abteilung) besser als auf der Station?"

Da diese Frage erst angesetzt wurde, als die Fragebogen-Aktion schon lief, habe ich nur 34 Antworten erhalten.

15 von den 34 Patienten urteilten, es sei gleich gut in der Beschäftigungstherapie-Abteilung wie auf der Station in Bezug auf die Gemeinschaft.

12 Patienten sagten, es sei auf der Station besser in dieser Hinsicht, weil in der Beschäftigungstherapie der Kontakt nicht so eng sei.
Einige von ihnen sagten sogar, sie sprächen hier oben mit niemand, hätten zu keinem eine Beziehung.
Es waren dies jeweils Patienten von verschiedenen Krankheitsgruppen und Stationen.

7 Patienten meinten dagegen, daß es in der Beschäftigungstherapie-Abteilung besser sei.
4 von ihnen waren schizophrene Kranke. Sie kamen

von der geschlossenen psychiatrischen Station. Unter der ersten Gruppe derer, die es auf der Station besser fanden, befanden sich nur ein schizophrener Patient von der geschlossenen Abteilung, allerdings zwei Patienten mit der Diagnose "endogene Depression".

Einer der Patienten, die es auf der Beschäftigungstherapie-Abteilung besser fanden, ein Kranker mit einer Schizophrenie, sagte: "Wenn man auch nicht viel spricht, aber man fühlt sich wärmer."
Zwei schizophrene Patienten meinten: "Man sieht andere Gesichter." - Einer von ihnen, ein 24jähriger Patient, sagte außerdem: "Besser. Es sind fast lauter junge Leute, ungefähr mein Alter."
Und eine schizophrene Patientin sagte: "Weil da unten nur Frauen sind, und hier ist es ein bißchen gemischt. Ein bißchen Abwechslung."
2 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen äußerten: "Auf Station, da laufen sie herum und denken nur an ihre Krankheit" und "Ja, man spricht nicht über Krankheit". Deshalb sei es auf der Beschäftigungstherapie-Abteilung besser.
Eine andere junge Patientin mit psychoreaktivem Syndrom sagte: "Man kriegt hier oben mehr Kontakt mit den Menschen."

c) Die Verordnungsbogen lieferten 68 Befunde.

Sie sollen nach verschiedenen Momenten geordnet vorgetragen werden.

Hilfsbereitschaft: (13 Patienten)
Von 2 schizophrenen Patienten wurde gesagt, daß sie, obwohl es ihnen schlecht gehe, hilfsbereit seien. Bei der einen, einem 15jährigen Mädchen, hieß es sogar, sie sei am besten ansprechbar, wenn man sie bäte, für jemand anderes etwas zu tun. Für sich selber arbeite sie oft nicht so gerne.
Ein Patient mit der Diagnose "Sensitiver Bezie-

hungswahn" sei durch die Möglichkeit, anderen Patienten in der Beschäftigungstherapie zu helfen, sicherer geworden und beurteile seine eigenen Fähigkeiten nicht mehr so negativ.
2 Patientinnen mit depressivem Syndrom ("endogene Depression") seien sehr hilfsbereit und bevorzugten von anderen begonnene oder für die Gemeinschaft bestimmte Arbeiten. - Ein anderer depressiver Patient sei selbstsicherer und gelockerter geworden, indem er andere beim Mattenflechten anleitete.
Eine vierte depressive Patientin ("depressive Erlebnisreaktion") sei dagegen sehr schwer zu einer Gemeinschaftsarbeit zu bewegen, weil sie immer nur Sachen für sich selbst machen möchte.
Von einer Patientin, die wegen Alkoholabusus behandelt wurde, hieß es, sie sei hilfsbereit.
Von 2 Patienten mit organischem Psychosyndrom wurde ebenfalls berichtet, sie seien sehr hilfsbereit gegenüber ihren Mitpatienten.
Das gleiche wurde gesagt von 2 Patienten mit psychoreaktivem Syndrom.
Von einem kontaktarmen und schlecht ansprechbaren 21jährigen Patienten mit psychoreaktivem Syndrom wurde erzählt, er habe, nachdem er längere Zeit alles ablehnte, tatkräftig mitgeholfen, einen anderen Patienten zu Flechtarbeiten zu bewegen und habe selber die Technik gelernt, um sie ihm beizubringen. Auch später sei er nicht zur Arbeit zu bewegen gewesen, helfe aber ab und zu anderen Patienten.

Anerkennung durch die anderen: (8 Patienten)
4 Patienten mit Schizophrenien waren darunter. Von einer hieß es, sie habe ihr Werkstück überall voll Freude herumgezeigt. - Eine andere ("paranoides Syndrom") brauche viel Anerkennung (hier durch die Therapeutin), damit sie ihre Arbeit weiterführe. - Und von einem Patienten wurde berichtet, er sei durch die Anerkennung seiner Mitpa-

tienten etwas sicherer geworden und habe allmählich Kontakt mit ihnen aufgenommen.
Bei 2 depressiven Patientinnen habe sich durch die Anerkennung der anderen die Stimmung gebessert und die Unternehmungslust sei angespornt worden.
Dagegen war bei 2 anderen depressiven Kranken vermerkt, daß das Lob der anderen Patienten, das sie immer wieder für ihre Arbeit bekämen, keinen Eindruck auf sie mache.

Kontaktfähigkeit: (16 Patienten)
7 Patienten mit Schizophrenie sind hier zu nennen. Von einem unter ihnen hieß es, er habe von Anfang an guten Kontakt mit den anderen gehabt. - Bei 4 Patienten habe sich der Kontakt während der Behandlung gebessert. - Zwei Patienten hätten kaum Kontakt zu anderen gehabt.
Von 2 depressiven Patienten habe einer gleich guten Kontakt gehabt, der andere taue - wie es hieß - ein wenig auf, wenn man ihn anspräche, und lache verbittert auf.
2 Patienten mit abnormer Persönlichkeit wurden auch erwähnt. Von der einen hieß es, ihr Kontakt zu den anderen Patienten beschränke sich nur auf den engsten Kreis. - Die andere Patientin, welche zuerst kein Wort gesprochen habe, sondern nur verärgert um sich schaute, sei allmählich aufgelokkerter geworden und zugänglicher und habe sehr den Kontakt und Vertrauen gesucht.
Unter den 5 restlichen Patienten, mit psychoreaktiven Syndromen, war ebenfalls einer, welcher gleich guten Kontakt hatte ("Facialis-Tic"). - Ein zweiter Patient, mit der Diagnose "psychogene Sprachhemmung", habe von sich aus wenig Kontakt zu anderen gesucht. Er sei aber von anderen oft um Rat gefragt worden und habe dann bei spontanem Ansprechen unter Umständen ohne Hemmungen geantwortet. - Ein junger Patient sei anfangs kaum

ansprechbar gewesen und habe auch keinen Kontakt gewinnen können zu seinen Mitpatienten. Für kurze Zeit habe er sich jedoch durch spontanes Ansprechen anderer beeinflussen und durch begeisterungsfähige Leute mitreißen lassen. - Bei einem Patienten habe sich der Kontakt während der Behandlung gebessert. - Ein anderer Patient ("Zwangsneurose") sei immer sehr verschlossen und ohne Einfälle geblieben.

Wirkung der Kontaktaufnahme durch die Therapeutin: (6 Patienten)
Von 2 Patienten mit einer Schizophrenie wurde berichtet, sie seien aufgeschlossener geworden, wenn man sich mit ihnen befaßt habe. Der eine sei sonst still und füge sich gut in die Gemeinschaft. Der andere finde keinen Kontakt von sich aus zu den anderen.
Bei einer Patientin mit depressivem Syndrom hieß es, je mehr man sich mit ihr beschäftige, desto lebhafter beteilige sie sich an der Beschäftigungstherapie.
2 Patientinnen seien zuerst unfreundlich, pessimistisch und distanziert gewesen. Auch sie seien aber dankbar und umgänglich geworden, wenn die Therapeutin sich ihnen freundlich zuwandte.
Eine Patientin mit der Diagnose "Magersucht" habe geklagt, daß sie keinen Kontakt zu den anderen Patienten habe. Sie sei anlehnungsbedürftig, und man gewinne schnell ihr Vertrauen, wenn man sich um sie kümmere.

Führung eigenwilliger Jugendlicher: (3 Patienten)
Die Schwierigkeit der Führung einzelner jugendlicher Patienten wurde deutlich bei dem schon oben als hilfsbereit erwähnten Patienten, der nach anfänglicher abweisender Haltung allmählich besseren Kontakt mit den anderen Patienten bekommen habe, sich aber von der Therapeutin nur

dazu bringen lasse, etwas zu tun, wenn sie ihn sich selbst überlasse und nur zwischendurch ganz bestimmt sage, was sie jetzt von ihm getan haben möchte. Er arbeite gern, höre aber sofort auf und schimpfe, wenn er angesprochen werde.
Eine andere Patientin ("Magersucht") setze sich gerne von den anderen Patienten ab und ziehe sich zurück, habe aber sonst guten Kontakt zu ihnen. Sie frage wohl um Rat, wolle sich aber nie beeinflussen lassen.
Die dritte Patientin, welche 18 Jahre alt war, habe sich den anderen Patienten gegenüber schlecht verträglich gezeigt, sich aber andererseits beklagt, daß die Gemeinschaft sie ablehne; und an anderen Tagen sei sie wieder besonders anschmiegsam und möchte sich beliebt machen.

Anregung durch die Umgebung: (5 Patienten)
Ein Kranker mit einer Schizophrenie habe sich in die Gemeinschaft hineinziehen lassen, und da er etwas Gutes fertigbrachte, habe er Aufträge von anderen bekommen. Er sei dadurch aufgeschlossener geworden. Dieser Einfluß der anderen sei aber wieder zurückgegangen, als sein Zustand sich verschlechterte.
Von einem Patienten mit depressivem Syndrom wurde berichtet, er habe alle Arbeit abgelehnt, indem er sagte, es gehe ihm nicht gut. Nach einiger Zeit habe er aber unaufgefordert begonnen, etwas zu tun, da alle anderen auch etwas taten.
Eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom habe gemeint, daß handwerkliche Arbeit für sie nicht angemessen sei. Sie sei jedoch durch den Eifer der anderen angeregt worden, da diese auch ihre Arbeit lobten, und habe sich dann willig zu jeder Tätigkeit anleiten lassen.
Von einem empfindsamen Patienten mit dem gleichen Syndrom hieß es, daß er sich stark durch andere Patienten beeinflussen ließe, da er selber keine

Freude am Schaffen habe.
Und eine unsichere Patientin - ebenfalls mit psychoreaktivem Syndrom - wage es nur, die ihr bekannten Patienten um Rat zu fragen und nicht die Therapeutin. Auch sie zeige keine rechte Freude an der Arbeit.

Abhängigkeit von der Umgebung: (12 Patienten)
Von einer Patientin in einem manischen Zustand wurde berichtet, sie komme regelmäßig und gern zur Beschäftigungstherapie-Abteilung, weil sie von ihren Mitpatienten auf der Station nicht gern gesehen werde (wahrscheinlich wegen ihrer Unruhe). Da sie unfähig sei zu schwierigeren Arbeitsabläufen, habe sie gern andere für ihre Wünsche angestellt, um möglichst viel für ihre Enkel und Nichten zu bekommen.
Ein Patient von abnormer Persönlichkeit ("expansive Psychopathie") sei, sowie er nicht besonders gelobt und beachtet worden sei, unregelmäßig gekommen. Auf andere Patienten einzugehen fiele ihm schwer.
5 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen redeten sehr viel, um beachtet zu werden, und ständen gern im Mittelpunkt der Gesellschaft. Sie wollten damit ihre Unsicherheit oder ihre Unlust zur Arbeit ausgleichen. - Und eine junge Studentin rede sehr viel und spreche zu allen über ihre Probleme. Nach einer Schlafkur sei sie viel ruhiger geworden.
2 selbstunsichere Patienten mit psychoreaktiven Syndromen wünschten sehr, daß ihre Arbeiten positiv beurteilt und daß sie beachtet werden.
Von einer anderen Patientin mit diesem Syndrom wurde erzählt, daß sie sich gleich nicht wohlgefühlt habe, wenn andere keine Lust hatten.
Eine weitere Patientin mit psychoreaktivem Syndrom sei unbeeinflußbar gewesen und habe überhaupt nichts arbeiten wollen. Wenn sie aber keinerlei Beachtung fand, habe sie versucht, indem sie et-

was zeichnete, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.

Fertigen von Gegenständen für bestimmte Menschen: (6 Patienten)
Bei einem verlangsamten und verschlossenen Patienten mit einer Schizophrenie wurde gesagt, er habe beim Tonarbeiten selber den Wunsch geäußert, für eine Bekannte eine Vase zu bauen, während er sich sonst nie spontan geäußert habe.
Eine andere kontaktarme schizophrene Patientin habe, obwohl ihr die Arbeit Freude machte, ihre Ketten an andere weiterverschenkt.
Die restlichen 4 Fälle waren Patientinnen mit depressiven Syndromen.
Eine von ihnen, die zuerst nicht recht mitmachen wollte, habe Freude gefunden an schönen Arbeiten für ihre Eltern und ihre Freundin. - Eine zweite sei sehr froh gewesen, daß sie eine große Puppenwiege für ihre Tochter fertigbrachte.
Eine andere Patientin habe ihre Batiktücher, an denen sie viel Freude gehabt habe, an Leute in der Klinik verschenkt.
Von der vierten depressiven Patientin hieß es, sie habe ganz von sich absehen und alles nur für andere tun wollen.

Vgl. hierzu auch Antworten von einigen Patienten im folgenden Abschnitt.

8. Patientenaussagen über die Selbständigkeit beim Werken und objektive Befunde dazu

Material: Antworten von 103 Patienten auf die Frage 9 und 5 des Fragebogens.
53 Angaben auf den Verordnungsbogen.

a) Zu Frage 9: "Haben Sie sich von anderen Patienten in der Wahl oder Ausführung beeinflussen lassen oder führen Sie lieber ganz eigene Einfälle aus?"

52 Patienten sagten, sie ließen sich nicht beeinflussen, sondern hätten eigene Einfälle.

26 Patienten sagten: "Ich bin angeregt worden", "Ich habe es bei anderen gesehen", "Andere haben mir geholfen", "Ich habe mir Ratschläge bei anderen geholt".

Die Aufteilung der Diagnosen liegt hier beide Male im Durchschnitt der allgemeinen Verteilung.

"Halb und halb", "teilweise" oder ähnliches berichteten 6 Patienten.
Ihre Diagnosen sind:
4 mal Schizophrenien (davon 1 "Paranoia"),
2 mal psychoreaktive Syndrome.

2 Patienten gaben an: "Ich lasse mich gern beeinflussen von Patienten, die was verstehen" und "Wenn ich weiß, daß er (ein anderer Patient) es besser weiß".
Einer der beiden Patienten hat ein organisches Psychosyndrom, der andere ist Alkoholiker.

6 Patienten antworteten: "Ich höre, was andere sagen", oder "Ich sehe, was mir gefällt. Dann möchte ich es machen. Aber das geht von mir aus" oder ähnlich.
Die Diagnosen dieser Patienten:
5 mal psychoreaktive Syndrome,
1 mal neurologische Erkrankung (cerebelläre Ataxie).

2 Patienten mit einer Schizophrenie meinten, sie ließen sich "nicht so viel" beeinflussen und hätten "meist eigene" Einfälle.
Ein anderer schizophrener Patient sagte, er habe sich "höchstens in der Wahl der Motive, in der Ausführung nicht" beeinflussen lassen.

"Vielleicht habe ich mich beeinflussen lassen", meinte ein Patient mit psychoreaktivem Syndrom.

7 Patienten antworteten: "Höchstens von der Therapeutin" (habe ich mich beeinflussen lassen).

Ihre Diagnosen:
1 mal depressives Syndrom,
1 mal abnorme Persönlichkeit,
5 mal psychoreaktive Syndrome.

"Ich habe mich nicht beeinflussen lassen. Eigene Einfälle (habe ich) auch nicht" sagte ein Patient mit organischem Psychosyndrom.

Und eine schizophrene Patientin antwortete: "Leider ja" (d. h. sie habe sich beeinflussen lassen).

b) Zu Frage 5: "Bestimmen Sie selber, was Sie tun wollen oder lassen Sie es sich von der Therapeutin sagen? - Warum?"

57 Patienten beantworteten diese Frage folgendermaßen: "Ich bestimme selber" - einige mit dem Zusatz: "... und frage, wie ich es machen soll". Begründung: "Weil ich nur praktische Dinge machen will", "Ich möchte das mitnehmen", (Es soll ein) "Geschenk" (sein), "Für..." (Angehörige), "Ich bin es gewohnt, daß ich selber bestimmen kann", "Wenn man die Freiheit hat, kann man das ausnutzen", "Weil es eine Beschäftigungstherapie sein soll und keine Pflichtarbeit", "Weil ich eben selbst Lust zu etwas habe", "Im Beruf hab ich das ja nicht", "Ich weiß immer, was ich machen will", "Was die anderen sagen, gefällt mir meist nicht", "Ich möchte mir nicht etwas einreden lassen, was ich selber nicht gerne mache", "Ich hab gedacht, ich probier's mal". - "Ich wollte mich überzeugen, ob ich etwas fertigbringe" (Patient mit "psychasthenischem Syndrom"). - "Die Therapeutinnen können mir nichts geben, stehen nicht über mir" (Student mit manischem Syndrom, der behauptete, Kunst zu studieren).
Die Verteilung der Diagnosen entspricht der allgemeinen Zusammensetzung der Fragebogen-Patienten.

Ich habe bis jetzt selber bestimmt, aber wenn die (Therapeutin) es für richtiger hält, ich soll was anderes machen, mach ich's auch nicht ungeschickt" meinte ein Kranker mit einer Schizophrenie.
Und eine Patientin mit einer neurologischen Erkrankung (cerebelläre Ataxie) sagte: "Damals habe ich selbst bestimmt, aber wenn ich fertig bin, lasse ich mich auch gern beraten. Ich kann nicht herumlaufen und sehen, was es alles gibt."

"Beraten lasse ich mich, aber dann entscheide ich selber", sagten 5 Patienten. - Ihre Begründung war: "Die Freiheit ist doch viel besser", "Weil ich eigene Kenntnisse hab", "Weil ich machen will, was mir Spaß macht".
Ihre Diagnosen:
3 mal depressive Syndrome (davon 1 "endogene Depression"),
2 mal psychoreaktive Syndrome.

Ein Patient mit depressivem Syndrom meinte, er bestimme "meistens selber".

"Ich laß mir was sagen und bestimm auch selber", antworteten 10 Patienten.
Ihre Diagnosen sind:
4 mal Schizophrenie,
1 mal depressives Syndrom ("endogene Depression"),
5 mal psychoreaktive Syndrome.

8 Patienten sagten: "Am Anfang habe ich mir was sagen lassen, aber jetzt mache ich, was mir Spaß macht." Ihre Begründung: "An sich ist das das Natürliche" (selbst zu bestimmen), "Weil ich es jetzt ja weiß", "Daß ich sagen kann: Das hast du selbst gewählt", "Am Anfang habe ich noch nicht gewußt, was ich tun sollte. Praktisch arbeiten habe ich noch nie so gemacht."
Die Diagnosen der Patienten:
3 mal Schizophrenie,
5 mal psychoreaktive Syndrome (davon 1 "Zwangskrankheit").

2 Patienten - einer mit einer Schizophrenie und einer mit psychoreaktivem Syndrom - sagten: "Ich lasse mir das sagen und überlege, was gesagt ist", (Ich berate) "gemeinsam" (mit der Therapeutin). Ihre Begründung: "So eine Therapeutin ist in dem Stoff drin."

Ein Patient mit abnormer Persönlichkeitsstruktur (asthenisch) meinte: "Ja und nein. - Weil man zu zweit eine bessere Idee hat."

Antworten wie "Ich bespreche es mit der Therapeutin", "Ich laß mir das sagen", "Ich habe gefragt, was man alles machen kann, und sie (die Therapeutin) hat mir gesagt, was ich machen soll" erhielt ich von 10 Patienten. - Sie begründeten es folgendermaßen: "Weil ich einfach so unselbständig bin", "Da bin ich gewissermaßen ratlos", "Ich kann doch nicht nur von mir aus wählen", "Weil es dann nicht richtig wird", "Ich weiß ja nicht, was es hier alles gibt" (Antwort eines Patienten auf der geschlossenen psychiatrischen Abteilung), "Weil ich keine eigene Phantasie habe für solche Sachen", "Weil die (Beschäftigungstherapeutinnen) mehr Erfahrung haben", "Weil ich kein Interesse dafür habe".
Die Diagnosen dieser Patienten sind:
3 mal Schizophrenien (davon 1 "Randpsychose", 1 "Paranoia")
1 mal depressives Syndrom ("endogene Depression"),
2 mal abnorme Persönlichkeiten (1 Alkoholiker, 1 "Verwahrlosungsgefahr"),
3 mal organisches Psychosyndrom,
1 mal psychoreaktives Syndrom.

"Ich laß mir raten, weil ich auf dem Gebiet kaum Erfahrung habe" antwortete ein weiterer Patient mit depressivem Syndrom.
Und ein Patient, der zu den abnormen Persönlichkeiten zu zählen ist (asthenisch), meinte: "Ich laß mich lieber beraten, weil ich nicht selbständig bin, weil die (Therapeutinnen) mehr Ahnung

haben".
"Ich habe es mir bis jetzt sagen lassen. Man muß erst sehen, wie der Laden hier läuft. Man kann nicht gleich seine eigenen Wünsche anbringen", war die Meinung eines Patienten mit psychoreaktivem Syndrom.

"Weil ich kein so großer Held im Basteln bin" (bestimme ich nicht selber), äußerte ein anderer Patient mit einem depressiven Syndrom.

Und ein Patient mit organischem Psychosyndrom sagte: "Nichts - kein Interesse".

c) Die Verordnungsbogen lieferten Ergebnisse von 53 Patienten.

Bei 16 Patienten hieß es, sie seien von Anfang an mit eigenem Antrieb an die Arbeit gegangen.
An Diagnosen kommt vor:
3 mal Schizophrenie,
3 mal depressives Syndrom (jedesmal "endogene Depression"),
10 mal psychoreaktive Syndrome.
An Einzelheiten ist dabei noch zu vermerken:
Von den 3 depressiven Patienten habe der eine nach einiger Zeit eigene Wünsche geäußert. - Der andere Patient habe trotz Klagen über sein schlechtes Befinden neue Ideen hervorgebracht, und als es ihm noch schlechter gegangen sei, so daß er nicht mehr arbeiten konnte, habe er doch nach kurzer Zeit unaufgefordert wieder angefangen. - Die dritte Patientin sei bei ihrem zweiten Klinikaufenthalt in einem manischen Zustand gewesen. Sowohl in der depressiven Phase als auch in der manischen habe sie selbständig und nach eigenen Plänen gearbeitet. In der ersten Phase sei ihr Arbeiten allerdings stockend und langsam gewesen, in der manischen dagegen äußerst unkonzentriert, und sie habe dann sehr viele Vorstellungen gehabt, die sie nicht durchführen konnte.

13 Patienten seien anfangs ablehnend, antriebslos und unsicher gewesen, doch mit der Zeit hätten sie eigene Initiative entwickelt, seien entschlossener und unternehmungsfreudiger geworden.
Die Diagnosen dieser Patienten sind:
5 mal Schizophrenien (davon 1 "Randpsychose", 1 "sensitiver Beziehungswahn mit Schizophrenie-Verdacht"),
3 mal depressive Syndrome,
1 mal organisches Psychosyndrom,
3 mal vorwiegend psychoreaktive Syndrome,
1 mal "Verdacht auf organische Störung".

Von 5 weiteren Patienten soll ausführlicher berichtet werden.
Zwei schizophrene Patienten, von denen die eine anfangs völlig apathisch gewesen sei und der andere sehr mechanisch gearbeitet habe und oft von der Tätigkeit weggelaufen sei, hätten so gefördert werden können, daß sie schließlich eigene Wünsche äußerten und etwas anhaltender arbeiteten.
Eine endogen depressive Patientin sei zwar fleißig gewesen, aber ohne Antrieb. Durch vieles Zureden und Mithelfen habe sie sich erst zu etwas bewegen lassen. Nach einiger Zeit sei sie immer selbständiger geworden und mit eigenen Wünschen gekommen.
2 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen sei es ungeheuer schwer gefallen, sich selbst für etwas zu entscheiden. Die eine habe immer das Urteil der Mitpatienten herangezogen. Sie konnten dann beide mit Mühe dahin gebracht werden, etwas selber auszusuchen und durchzuführen und seien selber zum Schluß recht zufrieden gewesen.

Bei 8 Patienten ließ sich kaum ein Fortschritt aufweisen.
Zu ihnen ist ein schizophrener junger Patient zu zählen, von dem es hieß, es dauere sehr lange,

bis er einen Entschluß fassen könne. Wenn die Arbeit fertig sei, komme er aber allein, wenn auch unregelmäßig zur Therapeutin.
Von 3 weiteren schizophrenen Patienten und von einer anankastischen Patientin (abnorme Persönlichkeit) hieß es, daß sie wenig Initiative hätten.
Eine Patientin mit einer Sucht wurde schon erwähnt. Sie sei mit unzähligen Ideen angekommen, habe aber dann keine Entschlußkraft gehabt, irgend etwas durchzuführen.
Ein Patient mit psychoreaktivem Syndrom sei sehr unselbständig gewesen, es habe ihm aber nicht an gutem Willen gefehlt.
Eine andere Patientin mit psychoreaktivem Syndrom ("Versagenszustand") habe zwar eigene Wünsche gehabt, aber vor jeder neuen Arbeit sei ihre Unsicherheit verstärkt zum Ausdruck gekommen.
10 weitere Patienten seien völlig unentschlossen gewesen, hätten keinen Antrieb gezeigt und nur gearbeitet, wenn sie dazu angehalten worden seien.
Ihre Diagnosen lauten:
4 mal Schizophrenien (davon 1 "Randpsychose"),
2 mal depressive Syndrome (1 "endogene Depression",
1 "depressiv getönter Versagenszustand"),
1 mal manischer Zustand,
2 mal psychoreaktive Syndrome.

9. Patientenaussagen über die verschiedenen Materialien und Techniken und objektive Befunde dazu

Material: Antworten von 103 Patienten auf die Frage 4 und 8 des Fragebogens.
72 Angaben auf den Verordnungsbogen.
Eigene Versuche mit 3 Patienten.
1 Auskunft im Gespräch.

Die 8. Frage, welche aus drei Teilen besteht, wird entsprechend in drei Abschnitten abgehandelt. - Frage 4 und 8a werden gemeinsam im ersten Abschnitt ausgewertet, mit den eigenen Versuchen.

a) Zu Frage 4: "Was machen Sie am liebsten oder möchten Sie am liebsten machen?"
Und Frage 8a: "Welche Tätigkeit haben Sie bis jetzt ausgeführt und in welcher Reihenfolge?"

Die Techniken werden der Häufigkeit entsprechend, in der sie angewandt wurden, gebracht.

Peddigrohr.
54 von den 103 befragten Patienten haben sich einmal damit beschäftigt.
Peddigrohr ist ein Material, das bei beiden Geschlechtern gleich beliebt ist. Es erlaubt verschiedenartige Verarbeitungsmöglichkeiten, angefangen vom Rande eines einfachen Küchentabletts bis zur kompliziert geformten Lampe, bei der es auf die gleichmäßige Biegung ankommt, oder Blumenkörben mit hübschem durchbrochenen Muster. Es ist geeignet für verschiedene Schwierigkeitsgrade, und die Dinge, die man daraus machen kann, sind praktisch und brauchbar.
24 von den 54 Patienten gaben an, daß es auch ihre liebste Tätigkeit in der Beschäftigungstherapie sei. - Man konnte dabei folgende Begründungen hören: "Das liegt mir halt. Da krieg ich am ehesten was hin", "Das ist leicht. Ich habe keinerlei handwerkliche Fähigkeiten und Interessen", "Ich kann das schnell machen, und es ist trotzdem schön", "Weil das so schnell geht", "Weil ich das schon getan habe, zu Hause", "Die (Arbeiten aus Peddigrohr) sind mir gelungen", "Ich glaube, daß so etwas für mich geeignet ist", "Weil ich jetzt schon ein bißchen gelernt habe (Körbe)", "Das ist das einzige, was mich interessiert", "Was anderes mache ich nicht gern", "Das ist sehr gebrauchstüchtig", "Da hat man so vielerlei Möglich-

keiten in Form und Größe", "Weil ich da selbst entdecken kann, was für Fähigkeiten in mir stekken", "Das sind auch Dinge, die nach meinem Ermessen zu Hause Anklang finden", "Weil ich Sachen machen kann, die ich vielleicht später verschenken kann".

Weben.
Von den Befragten waren es 33 Patienten, davon zwei Drittel Frauen, die diese Technik ausübten.

Sowohl bei den Peddigrohrarbeiten als auch beim Weben liegt die Verteilung der Diagnosen so im Durchschnittsbereich, daß es nicht lohnt, sie anzuführen. Man kann höchstens meinen, daß die Patienten mit der Diagnose "endogene Depression" etwas mehr zum Weben neigten. Es waren 5 von 33 Patienten gegenüber 3 von 54 beim Peddigrohr.

Von 7 Patienten mit einer Schizophrenie, welche am Webrahmen arbeiteten, waren auffallenderweise 5 Männer, von denen auch 3 angaben, daß sie es am liebsten machten.
Im ganzen waren es 16 von den 33 Patienten, welche diese Tätigkeit vor anderen bevorzugten.
Als Grund wurde angegeben: "Vielleicht, weil sie Geduld erfordert, weil ich oft sehr wenig Geduld habe" (Antwort eines jungen Patienten mit psychoreaktivem Syndrom), "Weil ich mich selbständig ohne fremde Hilfe (beim Weben) beschäftigen kann", "Weil ich von Beruf Schneiderin bin und nun sehe, wie ein Stücklein Stoff entsteht", "Weil ich da Sachen machen kann, die ich zu Hause gut gebrauchen kann", "Da ist man schnell fertig und hat dann was" (Die Antwort bezog sich auf grobes Teppichweben), "Man sieht hier schneller einen Erfolg", "Ich finde das nicht schwer - bis jetzt", "Das ist eben schön".

Tonarbeiten.
Das Tonformen wurde von 33 Patienten, und zwar

von beiden Geschlechtern gleichermaßen, ausgeübt.
Nur 8 von den 33 Patienten gaben es als bevorzugte Tätigkeit an.
Es waren auffallend viele, nämlich 12, schizophrene Kranke bei dieser Arbeit, von denen 5 sie als liebste Tätigkeit angaben.
Folgende Erläuterungen wurden dazu von den Patienten gegeben: "Weil man da seine Phantasie mehr schweifen lassen kann" ("...und die Peddigrohrarbeit hat mehr Sinn", wurde hinzugefügt), "Weil man da nach ganz eigenem Maße schöpfen und bauen kann", "Da hat man verschiedene Möglichkeiten, etwas zu machen, und wenn es nicht gelingt, kann man wieder von vorne anfangen", "Weil es mir sehr liegt", "Da kann man die ganzen Gelenke bewegen".

Kupfer-, Emaillearbeiten.
Sie wurden von 31 Patienten irgendwann einmal gemacht, ebenfalls von beiden Geschlechtern gleichmäßig.
Während jedoch beim Weben 5 Patienten mit der Diagnose "endogene Depression" und ein Patient mit organischem Psychosyndrom ("Depression in der Involution") dabei waren, war es hier kein einziger.
Bei den Patienten mit der Diagnose "reaktive" oder "neurotische Depression" war das Verhältnis ungefähr gleich: hier 5, beim Weben 6 Patienten.

10 der 31 Patienten, welche sich einmal mit dem Emaillieren beschäftigt haben, gaben an, daß sie es am liebsten täten.
Sie begründeten es so: "Für Korbflechten und so Sachen bin ich zu aufgeregt" (Antwort eines Alkoholikers, der Metall trieb), "Weil ich das zu Hause nicht habe", "Weil das der Phantasie freien Lauf läßt", "Weil ich geschmacklich viel ausprobieren kann", "Weil die Farben anders herauskommen, als man sie aufträgt", "Weil ich in mei-

nem Beruf weiterkommen will" (Antwort eines Silberschmieds, der die Meisterprüfung machen wollte).

Mosaiklegen.
Diese Tätigkeit wurde von 19 Patienten gemacht.

Es ist eine Arbeit, bei der man Phantasie braucht und auch Einsatz von Kräften, um die Steine zu zerkleinern (wenn man nicht ganz primitiv die ganzen Steine verwenden will). Außerdem ist sie zweckfrei.
4 von den 19 Patienten, die ein Mosaik gelegt haben, sagten, daß sie es mehr als die anderen Arbeiten schätzten.
Ihre Begründungen dafür waren: "Das hat mir gerade Spaß gemacht" und "Weil ich interessiert bin, ob ich fähig bin, überhaupt etwas zu machen" (Antwort einer Patientin mit der Diagnose "psychasthenisches Syndrom").

Holzarbeiten.
Sie wurden von 16 der 103 befragten Patienten durchgeführt.
Da es Kraft und technisches Einfühlen erfordert, wurde es vorwiegend von Männern gemacht. Nur 2 Frauen waren darunter.
Unter anderem waren es 2 schizophrene Patienten, die bei den Holzarbeiten mitmachten und ein Patient mit depressivem Syndrom, welcher einen kleinen Pferdewagen baute und ein Holzpferd für seine Kinder und diese Tätigkeit am liebsten machte.
Im Ganzen gaben 10 Patienten von den 16 das Formen aus Holz als bevorzugte Beschäftigung an.
Sie gaben folgende Begründungen: "Holz ist ein gutes Material, läßt sich gut verarbeiten", "Weil es gut aussieht, nicht von allen gemacht wird und eine gewisse Befriedigung gibt", "Das paßt mir für daheim, (es ist) praktisch und nützlich", "Da habe ich die erste Schale gemacht, und jetzt

weiß ich, wie es geht", "Das liegt innerhalb meines Berufes".

Sägearbeiten.
Die Sägearbeiten erfolgten aus Sperrholz mit nachfolgendem Zusammenleimen der Teile. Sie wurden von 16 befragten Patienten durchgeführt.
Es entstehen bei den Sägearbeiten Gegenstände wie ein Vogelhaus, ein Puppenwagen, ein Blumentisch, eine Wiege, eine Puppenstube oder ein Hampelmann. Eine Furnier-Einlegearbeit machte ein Alkoholiker auf der geschlossenen psychiatrischen Station.
3 Patienten machten solche Arbeiten am liebsten. Dazu gehörten 2 Patientinnen, die große Freude hatten an der Fertigung von Puppenstuben für ihre Kinder. - Der dritte Patient, welcher am liebsten sägte, hatte ein organisches Psychosyndrom. Er meinte dazu: "Das habe ich schon als Junge gemacht. Das liegt mir im Beruf" (er war Schreiner).

Näharbeiten.
Näharbeiten, wie das Fertigen von Puppen und Stofftieren, von Eierwärmern und von Handtaschen, wurden von 15 Patientinnen und einem Patienten hergestellt.
Der letztere war ein 18jähriger Patient mit psychoreaktivem Syndrom. Er hat außer vielen anderen Arbeiten Stofftiere gemacht, wahrscheinlich für Angehörige.
3 Patientinnen machten diese Arbeit besonders gern. - Eine von ihnen, eine 29jährige Patientin mit ausgeprägten infantilen Zügen (psychoreaktives Syndrom) sagte dazu: "Vielleicht sehe ich etwas in dieser Puppe."

Sticken, Stricken, Häkeln.
Diese Handarbeiten wurden vor allem von Patientinnen auf der geschlossenen psychiatrischen Station gemacht. Die Patientinnen waren selber da-

rauf gekommen, obwohl sie auch auf der geschlossenen Abteilung - wenigstens halbtags - beschäftigungstherapeutisch angeleitet wurden.
2 Patientinnen von 6 zogen diese Arbeiten anderen vor. Die eine, eine Patientin mit depressivem Syndrom ("endogene Depression"), meinte dazu: "Das liegt mir". Und die zweite, eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom, sagte: "Ich arbeite lieber nach Vorlage. Ich nähe zu Hause auch ziemlich viel und sticke gern."

Drahtbiegearbeiten.
Diese Tätigkeit machten 6 Patienten und 9 Patientinnen.
Aus Silber- und Kupferdraht kann man Figuren für Ketten biegen - ohne oder mit dazwischengezogenen Perlen. Ein Patient lötete auch den Draht.
Ein schizophrener Patient war unter denen, die hier mitmachten; die übrigen hatten alle psychoreaktive Syndrome.
Nur 3 Patienten gaben es als ihre liebste Tätigkeit an. - Einer von ihnen, der an einem depressiven Syndrom litt, sagte dazu: "Ich mache meiner Frau ein Geschenk damit."

Malen, Zeichnen.
Malen und Zeichnen, außerdem Ornamentschrift wurde von 10 Patienten ausgeübt.
Unter ihnen waren 6 Patienten mit einer Schizophrenie und einer in einem manischen Zustand.
"Große Freude an Farben", erzählte dazu ein schizophrener Patient (Diagnose: "schizophrener Defekt"). Er malte Pflanzen von botanischen Abbildungen ab mit Hingabe und Genauigkeit und bemühte sich, die Farbtöne möglichst schön zu treffen.
"Landkarten zeichnen" machte ein anderer schizophrener Patient gern. "Ich wollte früher mal auf's Vermessungsamt", meinte er dazu.

Ein unruhiger schizophrener Patient begründete seine wirren Linien und Satzfetzen, die er auf das Papier brachte, mit den Worten: "Weil ich vom Buchdruckerberuf her schon gerne diese Arbeiten mache."
"Zeichnen war mein Fach in der Schule", antwortete ein indischer Patient mit einem psychoreaktiven Syndrom.

Die Beobachtungen an diesem Patienten sollen näher dargestellt werden, weil sie ein Beispiel dafür sind, daß das bildnerische Gestalten eine Erweiterung der Mitteilungen des Patienten an den Arzt sein kann.
Zur Anamnese: Der Patient sagt, er wache nachts auf und höre sich selbst unwiderstehlich "Mutter, Mutter" rufen. Er müsse dann sehr häßliche Schimpfworte ausstoßen, um dieses Rufen zum Verschwinden zu bringen. Er wolle nicht an seine Eltern denken. Seine Mutter könne er sich bei dem Ausruf "Mutter" nicht vorstellen. Dieser nächtliche Zustand erscheine abgelöst davon. Er nannte ihn "das Ding". Er habe nie Heimweh , und er meinte: "I have to do my duty" (Ich muß meine Pflicht tun). Er ist recht kontaktunfähig, vor allem Mädchen gegenüber.
Beschreibung seines 1. Bildes:
Die untere Hälfte des Blattes bleibt frei. Der Patient zeichnet in Braun, obwohl viele andere Farben daliegen, sein Dorf. - Als ihn mehrere Mitpatienten in der Beschäftigungstherapie-Abteilung fragen, warum er nicht farbig male, lehnt er es einfach ab. Später malt er in den Himmel eine blaue Form und verwendet ganz wenig Rot für einen Bauern. Ein Teich mit Enten ist ganz schwach blau angedeutet.
2. Bild (Deckfarben, an der Staffelei):
Der Patient holt das Hellbraun, das der Farbe seines ersten Bildes entspricht, aus einem Tuschkasten, der ganz woanders liegt, weil es auf dem Farbsortiment, das er erhalten hat, nicht vorhanden ist. Er malt rechts isoliert ein Quadrat flächig damit aus...
Diese Bilder werden von der Anamnese her (mit Vorsicht) deutbar und ergänzen die diagnostischen Erhebungen, zumal der Patient gern den Inhalt seines Bildes erklärt. Dabei bemerkt man, wie bereitwillig er von seiner Heimat erzählt, die er so farblos zu Papier gebracht hat.
Das Heimweh und die starke Verdrängung der Inhalte seiner Heimat in ihrer "Farbigkeit" darf man aufgrund dieser Beobachtungen wohl als eine neurotische Fehlverarbeitung interpretieren.

Ein 18jähriger Patient, der den zweiten Schub

einer Schizophrenie durchmachte, konnte recht eindrucksvoll, wenn auch primitiv malen. Bei ihm fanden sich viele Phänomene wieder, die in der Literatur und in psychiatrischen Vorträgen (vgl. Teil A,2) als typisch angegeben wurden und welche die Auseinandersetzung des Kranken mit seiner auf unheimliche Weise veränderten Welt wiederspiegeln. - Da der genannte Patient guten Kontakt zu mir hatte, entwickelte sich über den Bildern ein Dialog. - "Man kann sich durch Malen von etwas befreien, aber ob es gelingt?" sagte er spontan, als ich ihn zum Malen aufforderte.

Dazu noch einige Skizzen:
Im Dialog über ein Bild, das der Patient malte wurde Folgendes gesprochen: "Das ist ein Tier, vielleicht ein Wolf. Man macht es eben, um sich davon zu befreien, von Furcht." (Also ein böses Tier?) "Ja". - Dann malt er den hellen Hintergrund um das Tier dunkel und vielfarbig. "Ein Dickicht um das Tier." "Dann muß das Tier auch dunkel werden." Darüber schreibt er rot: KPD. Alles Unheimliche hat sich in dieser Tierdarstellung verdichtet.
2. Bild: "Das ist ein Heuhaufen - und ein Schiff." Der "Heuhaufen", in dem die Worte "Bug-Helga" stehen, ist ringsum von Blau umgeben und schwebt hoch über dem dunklen Boden am unteren Bildrand.- (Fühlen Sie sich so isoliert, so wie ein Schiff, das hin und hergetrieben ist?) "Ja, genau so!"
3. Bild: Sonne spiegelt sich im Wasser, Pfahlhaus. - "Der Ursprung der Menschen im Wasser." - Die Sonne befindet sich auf rotem Grund. (Wo ist denn der Himmel?) "Der ist darüber."
Auf vielen Bildern fehlte der Himmel, hier sogar, obwohl die Sonne da ist.
Einige Zeit später fragte ich, wie es ihm gehe. "Immer noch gleich", antwortete er. Ich fragte, ob ihm die Beschäftigungstherapie geholfen habe. Dazu sagte er: "Ja, ich male sehr gern."
Bei diesem Patienten konnte man beobachten, wie wesentlich der Vollzug des Malens selber ist. Während des Malens trat eine Verdeutlichung und Verdichtung von bestimmten Empfindungen auf, die je nach dem, welche Gegenstände seiner Innenwelt gerade an die Oberfläche traten, eine sich verändernde Intention der malerischen Gestaltung hervorbrachten.

Der genannte Patient hatte auch versucht, in Holz etwas auszusägen. Es sollte ein Pferd werden. Aber obwohl er die Figur auf dem Holz vorgezeichnet

hatte, sägte er jedesmal den Kopf durch, obgleich andere Patienten ihn darauf aufmerksam machten. Er versuchte, diesen Mißerfolg zu verarbeiten, indem er sich über sich selber lustig machte. Darauf arbeitete er mit Ton. "Der Ton ist gefügiger als Holz", erklärte er.

Eine Art von Maltherapie ähnlich dem Lüscher-Farbtest versuchte ich bei 2 Patientinnen.

Auf Anregung des Aufsatzes von J. Erbslöh über "Farbenpsychologie, Farbentherapie und Farberziehung"[1] stellte ich 12 Farbtöne zusammen, malte sie auf einen Papierstreifen und ließ eine Patientin auswählen, welche benachbarten Farbtöne ihr am wenigsten gefielen. Es stand dahinter der Gedanke, auf dem Wege über das Affektive eine steuernde Funktion auf psychische Vorgänge auszuüben.
Da die Patientin sagte, Violett und Blau gefielen ihr am wenigsten, malte ich, da sie nicht gleich mitmachen wollte, ihr ein Bild vor, das nur aus einer Farbkomposition dieser beiden Farben bestand. Daraufhin meinte sie: "Das sieht doch ganz gut aus." Sie malte dann nach dem Vorbild einer von mir gemalten Komposition in Rot ein Bild unter der Verwendung von zwei Rottönen. Es wurde recht gut und zeigte, daß die Patientin ein gutes Empfinden für Farbkompositionen hat. Der Patientin machte dieses Malen Freude, nachdem sie vorher gesagt hatte, sie könne gar nicht malen.
Es handelte sich bei dieser Patientin um ein psychoreaktives Syndrom in der Form einer schweren neurotischen Entwicklung mit ausgesprochener psychischer Retardierung (deutliche infantile Züge). Sie könne sich an schönen Dingen und am Leben nicht mehr freuen. - Als therapeutisches Ziel wurde unter anderem genannt: berufliche Umorientierung mit besserer emotionaler Entfaltungsmöglichkeit. - Eine solche emotionale Entfaltungsmöglichkeit sollte auch das Komponieren mit Farben darstellen.

Der Versuch mit der zweiten Patientin, welche ebenfalls ein psychoreaktives Syndrom hatte, war enttäuschend, da sie nicht fähig war, sich in dieser Technik auszudrücken und sinnvoll zu gestalten.

Es war sehr schwierig, Patienten - vor allem in der Gemeinschaft der anderen - zu solchem Malen zu bringen; da die Patienten von der Psychotherapie-Abteilung überängstlich und scheu waren, "sich zu produzieren". Sie meinten, sie würden in einer

---

1) Erbslöh ( )

Universitätsklinik besonders beobachtet, und man leuchte in ihre seelischen Geheimnisse hinein. Außerdem kostet es viel Einsatz, eine derartige Therapie durchzuführen, und es müßte ein besonders interessierter Therapeut - am besten ein Arzt - diese Dinge in die Hand nehmen.

Batik.
6 Patienten von den Befragten haben diese Technik gewählt.
Batik ist eine ansprechende Technik, bei der man reichlich mit Farben experimentieren und frei komponieren kann.
4 von den 6 Patienten gaben sie auch als liebste Tätigkeit an.
"Batik ist ein gutes Zeichen. Das kommt bei mir immer am Ende, wenn es mir besser geht", berichtete eine Studentin, die das zweite Mal eine depressive Phase ("endogene Depression") durchmachte. Auf meine Frage, warum sie es gern mache, antwortete sie: "Weil ich es so interessant finde. Vorher sieht man nicht, was herauskommt, dann die Überraschung..."
Eine andere Patientin sagte: "Weil das eine zeichnerische Tätigkeit ist, und das mache ich gern." (Man kann durch Aufzeichnungen mit Wachs auf den Stoff vor dem Einfärben Figuren aussparen.)
Eine dritte Patientin sagte auch: "Es ist überraschend, was herauskommt."

Klebarbeiten.
Sie wurden ebenfalls von 6 Patienten gemacht.
Es wurden gebastelt: Ein Papierkorb, Stroh- und Papiersterne, Transparente, "Kasperle in der Tüte".
Keiner von diesen Patienten hob diese Tätigkeit vor anderen als besonders bevorzugt hervor.

Mobile.
Sie wurden von 2 Patienten mit psychoreaktivem

Syndrom und einem Alkoholiker der geschlossenen psychiatrischen Abteilung gebastelt.

Mattenflechten.
3 Patienten - 2 mal mit der Diagnose Schizophrenie und 1 mal abnorme Persönlichkeit - arbeiteten zeitweise beim Mattenflechten.
Die ist eine Tätigkeit, welche eigentlich in das Gebiet der Arbeitstherapie gehört. Sie wurde unter der Anleitung eines Pflegers durchgeführt in der Beschäftigungstherapie-Abteilung. Vor allem schizophrene Patienten wurden hier beschäftigt.

Schreibmaschine schreiben.
3 Patienten übten zeitweilig auf der Schreibmaschine.
Auch diese Tätigkeit ist ihrem Wesen nach eher der Arbeitstherapie zuzuordnen. Nur wurde sie in der Beschäftigungstherapie nicht systematisch und unter strenger Führung betrieben, sondern der Eigeninitiative der Patienten überlassen.
"Ich würde gern Schreibmaschine lernen, weil man das eventuell verwerten könnte. Ich bin nicht so praktisch veranlagt", sagte dazu ein jüngerer Patient, der den abnormen Persönlichkeiten zuzurechnen ist.
"Weil ich das im Geschäft auch mache", äußerte ein 17jähriger Patient mit psychoreaktivem Syndrom.
Auch der Inder mit den Zwangssymptomen sagte, er möchte am liebsten Schreibmaschine lernen. Er übte fleißig daran.
Dieser indische Patient hat auch Photorahmen in der Beschäftigungstherapie gefertigt.

Ein Patient mit einer Schizophrenie machte einen Linolschnitt.
Stoffdruck wurde von einer Patientin mit depressivem Syndrom gemacht.
Eine schizophrene Patientin reihte eine Perlenkette.

Ein Patient mit psychoreaktivem Syndrom, der Werklehrer gewesen war, sagte, er arbeite am liebsten in der Gärtnerei. Das böte mehr Abwechslung und sei interessanter.
Auch diese Tätigkeit gehört zur Arbeitstherapie.

Zu den Patienten, die angaben, welche Arbeiten ihnen besonders gefallen haben, kommen 31 weitere hinzu, die nicht angeben konnten, daß sie eine bestimmte Tätigkeit am liebsten machten.

22 von diesen 31 Patienten gaben Antworten wie "Ist alles schön", "Eigentlich (mache ich) alles (gleich gern)", "Manchmal dies, manchmal das", "Ich will alles mal probieren".
Sie begründeten zum Teil ihre Antworten wie folgt: "(Ich machte es,) um es kennenzulernen", "Hier habe ich sehr schöne Anleitung, kann etwas lernen, was ich nachher verwenden kann", "Weil es für mich vollkommen neu ist, weil ich gar nicht die Idee gehabt habe, ich könnte so etwas machen", "Ich mache das sonst nie", "Weil ich jetzt mein Zimmer einrichte. Dafür will ich alles selber machen", "Ich möchte alles durchprobieren, weil ich umlernen will auf Werklehrerin" (diese Patientin war Kindergärtnerin).
"Nicht das, was in den Beruf fällt, das kann ich nachher wieder machen", sagte ein Mechanikermeister.
"Keine Lieblingsbeschäftigung, bin kein Bastler an sich", antwortete ein Patient mit einem psychoreaktiven Syndrom.
"Kein Talent", meinte ein Patient mit einer Schizophrenie ("Paranoia"). Er wollte lieber Musik machen.
"Ich weiß auch nicht. Ich mache so, was es gibt. Was man da jetzt machen kann, weiß ich nicht", antwortete ein Patient mit organischem Psychosyndrom.

4 Patienten konnte "gar nichts" gefallen.
Eine von ihnen, welche eine Schizophrenie hat, sagte dazu: "Weil ich zu allem unbegabt bin". Sie wollte höchstens noch weben.
"Bis jetzt gar nichts. Ich bin halt in letzter Zeit so freudlos", sagte eine Patientin mit psychoreaktivem Syndrom.
Ein Patient, welcher zu den abnormen Persönlichkeiten (psychasthenisch) gehört, meinte ebenfalls: "Ich weiß selbst nicht - daß ich am Leben bald keine Freude mehr habe."
Einer Patientin mit depressivem Syndrom gefiel auch nichts - mit der Einschränkung: "Wenn ich für meinen Kleinen etwas gemacht habe" (Stofftiere).

b) Eine Medizinstudentin, die an einer Depression litt ("endogene Depression"), teilte mir aus ihren Beobachtungen an sich selbst und an ihren Mitpatienten, die an demselben Syndrom litten, Folgendes mit: "Grobes Weben ist am geeignetsten für die endogen depressiven Patienten. Die Patienten müssen sehen, daß es vorwärts geht. Es ist einfach und erfordert nicht schöpferische Ideen, und man kann zwischendurch aufhören und braucht keine kontinuierliche Aufmerksamkeit." - "Viele Hausfrauen mit endogener Depression spülen gern Geschirr und Ähnliches, weil das nützliche Tätigkeiten sind, mit denen sie Schuldgefühle loswerden und sich selbst bestätigen können, daß sie ihren Hausfrauenpflichten noch nachzukommen vermögen. Das wirkt ihrem vernichtenden Unwertgefühl am meisten entgegen, wenn sie sehen, daß sie noch etwas Nützliches fertigbringen."

c) Zu Frage 8b: "Welche (Tätigkeiten) haben Sie vorzeitig aufgegeben?"

8 Patienten sagten, sie hätten eine Tätigkeit vor der Fertigstellung aufgegeben, alle anderen verneir

ten es (95 Patienten).

Von diesen 8 Patienten haben 4 eine Schizophrenie. Der erste von ihnen berichtete, er habe "das erste Tonrelief" nicht weitergemacht. - Der zweite erzählte: "Ja, die Holzarbeit (habe ich nicht vollendet), aber ich mache sie noch fertig." - Eine dritte schizophrene Patientin sagte, sie habe einen Schal aufgegeben. - Und eine andere Patientin ("Randpsychose") hat einen Papierstern vorher aufgegeben, weil er ihr zu schwierig war.
2 Patienten gaben Tonarbeiten vorher auf. Sie hatten psychoreaktive Syndrome.
Ein weiterer Patient mit psychoreaktivem Syndrom sagte: "Ketten habe ich einmal aufgegeben."
Und eine Patientin mit Halbseitenlähmung ("psychische Veränderung") berichtete: "Strohsterne habe ich aufgegeben. Da habe ich die Fingerfertigkeit nicht."

d) Zu Frage 8c: "Haben Sie häufig oder wenig gewechselt? - Warum?"

Die Häufigkeit, mit der die befragten 103 Patienten von einer Technik zur anderen und von einem Material zum anderen wechselten, war sehr verschieden und wurde auch unterschiedlich begründet.

Daß sie wenig gewechselt hätten, berichteten 30 Patienten von den 103.
Als Ursachen wurden folgende angegeben: "(Ich hatte) keine Zeit", "Ich habe noch nie mit einem Hobel geschafft, (dies ist) das erste Mal", "Weil ich das hier am beruhigsten finde" (Tabletts zu machen), "...da wollte ich für jeden eins machen" (5 Tabletts hintereinander), "Ich mache bloß Sachen für meine Mutter. Meine Mutter möchte bloß ordentliche Sachen" (16jähriges Mädchen, "Verwahrlosungsgefahr"), "Auf einem Gebiet soll man sich versuchen, mein ich, nicht alles

machen", "Mir hat die Arbeit mit Holz am meisten Spaß gemacht. Da habe ich noch nie mit zu tun gehabt", "Weil mich das so fasziniert, daß ich nicht davon wegkomme", "Weil mir die Arbeit so gut gefallen hat", "Wenn man mit den Dingen nicht so vertraut ist, ist das doch nicht so leicht", "Weil es länger dauert, bis ich etwas gelernt habe", "Da bin ich drin, wie man das macht. Dann mache ich gleich das nächste", "Weil ich immer erst alles fertig machen wollte", "Weil ich damit angefangen habe", "Weil es mir von der Leiterin (Beschäftigungstherapeutin) empfohlen wurde" (Antwort eines Patienten mit organischem Psychosyndrom), "Wenn man nicht weiß, was man anfangen soll...", "Ich habe kein Interesse in letzter Zeit. Wenn ich beschwerdefrei wäre, wäre es ganz anders" (Antwort einer Patientin mit einer "Konversionsneurose").

"In der Form habe ich gewechselt" und "Ich habe jede Kette anders gemacht", antworteten 3 Patienten.

26 Patienten antworteten, sie hätten häufig gewechselt.
Sie begründeten es folgendermaßen: "Ich möchte durchprobieren, was man alles machen kann", "Ich wollte mal alles sehen", "Weil ich von jedem etwas machen will", "(Ich mache) alles, was so vorkommt", "(Ich möchte) Abwechslung (haben)", "Ich mache nicht ununterbrochen Körbe", "Wenn man beim selben bleibt, wird es langweilig", "Ich wollte mal in allem sehen, ob ich es noch fertigbringe", "Das ist zu eintönig sonst", "(Das wäre sonst) zu mechanisch", "Fräulein B. (Therapeutin) sagt, man soll häufig wechseln", "Ich mußte wechseln, weil das Material nicht da war. Da habe ich eben manches nebeneinander her gemacht", "Während das brennt oder naß ist, fange ich schon etwas anderes an" (Antwort eines Patienten mit einer Schi-

zophrenie), "Sehr häufig (habe ich gewechselt), weil ich schon alles kann" (Antwort eines Studenten in manischem Zustand), "Ich war noch unruhig" (Antwort eines schizophrenen Patienten), "Das ging immer serienweise. Wenn ich genug hatte vom einen, fing ich mit dem anderen an. Manchmal (machte ich) auch zweierlei Arbeiten nebeneinander" (Antwort einer Studentin mit "endogener Depression").

18 Patienten sagten, sie wechselten "ganz normal". Die am meisten gegebene Erklärung war hier: "Es muß immer eins fertig sein, dann das nächste", "(Es soll) keine Fließbandarbeit (sein)" und "Nicht viel (habe ich gewechselt)".

Die restlichen 26 Patienten konnten diese Frage nicht beantworten.

Die Verteilung auf die verschiedenen Krankheitsbilder war recht unspezifisch.

Bei einer Untersuchung darauf, welche Tätigkeit als Erstlingsbeschäftigung gemacht wurde, zeigte sich, daß die Verteilung der Anfangsarbeiten auf die verschiedenen Techniken der allgemeinen Häufigkeitsverteilung entsprach.

e) Die Verordnungsbogen brachten in 70 Fällen Ergänzungen aus objektiver Beobachtung.

Peddigrohr.
Bericht über 7 Patienten.
Von 3 schizophrenen Patienten habe einer Flechtarbeiten gut ausführen können, sei aber für keine andere Tätigkeit zugänglich gewesen. - Der andere Patient ("sensitiver Beziehungswahn") sei durch das Ausführen einer leichten Flechtarbeit sicherer geworden . - Der dritte Patient dagegen arbeite an Peddigrohr-Gegenständen sehr langsam

und ungenau.
Der letztgenannte schizophrene Patient und eine Patientin mit depressivem Syndrom ("endogene Depression"), welche beim Peddigrohr-Flechten ungeduldig, unkonzentriert und unselbständig gewesen sei, hätten beim Weben selbständiger gearbeitet.
Ein junger Patient mit psychoreaktivem Syndrom, der sehr mißtrauisch und abweisend gewesen sei, sei allmählich sehr aufgeschlossen geworden, nachdem man ihn mit Flechtarbeiten beschäftigte, die er schon von der Schule her kannte. - Eine andere Patientin, die gerne Flechtarbeiten mache, sei bereit gewesen, bettlägerige Mitpatienten dazu anzuleiten. - Ein dritter Patient mit psychoreaktivem Syndrom habe selber gesagt, daß die Flechtarbeit, die er auf eigenen Wunsch begann, ihn nervös und unruhig mache (Seine Diagnose lautete "Zwangssyndrom").

Weben.
Bericht über 8 Patienten.
Von 2 schizophrenen Patientinnen habe die eine durch das Weben gut gefördert werden können, und es sei die einzige Arbeit gewesen, die sie überhaupt machen wollte. Die zweite Patientin ("Randpsychose") habe dagegen eine spontane Antipathie gegen das Weben gehabt.
Einer Patientin mit depressivem Syndrom ("endogene Depression") habe das Weben von vornherein große Freude gemacht.
Eine beruhigende Wirkung der Webarbeit wurde bei 3 Patienten - einer in manischem Zustand, einer mit depressivem Syndrom ("agitierte Depression") und einer mit "schwerster extrapyramidaler Hyperkinese" berichtet.
Bei einem Patienten mit psychoreaktivem Syndrom (Torticollis) helfe die Webarbeit nicht viel, da sie ihn nicht genügend fessele.

Einer anderen Patientin gelinge das Musterweben nicht, da sie Muster und Farben nicht selbständig auszusuchen vermöge und nicht genügend Phantasie dafür habe.

Tonarbeiten.
Bericht über 20 Patienten.
Von der Tonarbeit wurde bei 7 Patienten berichtet, daß sie sie mit Freude machten. Ein schizophrener Patient ist darunter, zwei Patientinnen mit depressivem Syndrom ("endogene Depression") und zwei junge Patienten mit der Diagnose "Reifungskrise". - Bei zweien hieß es allerdings dabei, daß es ihnen trotz ihrer Freude an der Fähigkeit mangele, etwas Gutes zustandezubringen.
Eine gute Fähigkeit, sich in Ton auszudrücken, wurde von 3 Patienten berichtet mit den Diagnosen manischer Zustand, psychoreaktives und depressives Syndrom. Die depressive Patientin habe aber kein Lob dafür gelten lassen.
Eine entspannende, befreiende und beruhigende Wirkung des Arbeitens mit dem weichen Ton wurde ebenfalls bei der genannten Patientin im manischen Zustand, außerdem bei 4 Patienten mit Schizophrenie, organischem Psychosyndrom ("Verwirrtheit"), psychoreaktivem und depressivem Syndrom ("agitierte Jammerdepression") mitgeteilt.
Unfähigkeit, mit Ton etwas Rechtes anzufangen, wurde von 6 Patienten gesagt, darunter einer Patientin mit "extrapyramidaler Hyperkinese". Von zweien von ihnen hieß es sogar, sie hätten Widerwillen dagegen gehabt.

Kupfer- und Emaillearbeiten.
Bericht von 6 Patienten.
3 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen hätten, nachdem sie anfangs verschlossen gewesen seien, großes Interesse an Emaille- und Metallarbeiten

bekommen und brächten hübsche Sachen zustande.
2 weitere Patienten mit psychoreaktiven Syndromen arbeiteten von Anfang an mit Freude und Geschick bei dieser Technik.
Und ein anderer Patient mit dem gleichen Syndrom mache am liebsten Schmuckgegenstände in Emaille- und Drahtbiegearbeit.

Mosaiklegen.
Bericht von 8 Patienten.
Ein Patient mit einer Schizophrenie und einer mit der Diagnose "sensitiver Beziehungswahn" hätten Interesse für das Mosaiklegen gehabt und selbständig Farben und Formen entwerfen können.
Eine andere schizophrene Patientin sei bei der Mosaikarbeit sehr unselbständig und habe keinen Einfall für das Motiv gehabt, außerdem sei ihr das Zerkleinern der Steine zu anstrengend gewesen. Sie wollte gerne stricken und habe hierin Ausdauer gezeigt.
Eine Patientin mit depressivem Syndrom ("endogene Depression") habe keine rechte Beziehung zu den Steinchen und den Farben bekommen.
Von 2 Patienten in manischem Zustand habe der eine schnell und mit Freude, besonders bei der Auswahl der Farben, gearbeitet. Der andere dagegen, welcher sehr unruhig gewesen sei, habe äußerst langsam an seinem Mosaikbild gearbeitet und sei oft schwer zu bewegen gewesen, daran weiterzumachen.
3 Patienten mit psychoreaktiven Syndromen legten gern Mosaikbilder, zwei von ihnen auf eigenen Wunsch. - Einer habe mehrere Stücke hintereinander gemacht, um seine Fähigkeiten darin zu verbessern. Einen anderen von ihnen habe diese Technik am Anfang, als es ihm stimmungsmäßig schlecht gegangen sei, nicht angesprochen, sondern erst später.

Holzarbeiten.
Bericht von 9 Patienten.
Von einem schizophrenen Kranken wurde berichtet, daß ihm die dritte Dimension - die räumliche Vorstellung fehle. Er habe seine Holzplastik völlig zersägt.
Von 4 Patienten wurde berichtet, daß sie gerne und erfolgreich mit Holz arbeiteten. Eine von ihnen habe selber den Wunsch geäußert, damit etwas zu schaffen.
Beruhigende Wirkung durch die Herstellung eines Holztieres habe sich bei einem Patienten mit psychoreaktivem Syndrom gezeigt, da der Arbeitsablauf ein Gleichmaß an Bewegung verlange.
3 weitere Patienten mit dem gleichen Syndrom hätten bei der Holzarbeit zu geringe Fähigkeiten gezeigt. Von dem einen hieß es, er neige zu weicherem Material. Und der andere, der ein Schachbrett bauen wollte, weil er gerne Schach spielte, habe sich als völlig unbegabt dazu gezeigt und es schließlich aufgegeben, zumal er hohe Anforderungen an sich selbst stellte.

Sägearbeiten.
Bericht von 2 Patienten.
Von 2 Patienten - einem mit einer Schizophrenie und einem mit psychoreaktivem Syndrom ("bei hyperthymer Persönlichkeit") sei das Sägen ein geeignetes Mittel gewesen, um störende übermäßige Antriebe zu binden und abzuleiten. Und diese leichte Arbeit habe ihnen auch Spaß gemacht.

Malen.
Bericht von 2 Patienten.
Ein Patient, bei dem Verdacht auf eine Schizophrenie bestand, habe sich durch Malen gut ausdrücken und abreagieren können. In seinen Bildern läge viel Dynamik.
Bei einer Patientin mit "schwerster extrapyrami-

daler Hyperkinese" sei das Malen ohne Erfolg gewesen.

Batik.
Bericht von 2 Patienten.
Von 2 Patientinnen mit depressiven Syndromen ("endogene" und "klimakterische Depression") wurde eine gute Wirkung des Arbeitens mit der Batiktechnik berichtet.
Bei einer hieß es, das Erlebnis des Färbens habe sie beeindruckt und ein wenig gelockert (zusammen mit der guten Stimmung ihrer Umgebung).
Die zweite Patientin habe sogar viel Freude an der Batikarbeit, besonders, da sie mit anderen zusammenarbeite.

Mattenflechten.
Bericht von 4 Patienten.
2 Patienten - einer mit einer Schizophrenie und einer mit depressivem Syndrom ("endogene Depression") hätten nur beim Mattenflechten eingesetzt werden können. Der depressive Patient habe bei anderen Arbeiten keinerlei Ausdauer gezeigt, und der schizophrene Kranke sei nicht imstande gewesen, einfache Arbeitsabläufe zu behalten bei verschiedenen anderen Techniken.
2 weitere Patienten, ebenfalls mit einer Schizophrenie und einem depressiven Syndrom, hätten durch das Mattenflechten überhaupt erstmal an eine Beschäftigung herangeführt werden können, nach einiger Zeit seien sie aber auch für andere Tätigkeiten zugänglich gewesen und hätten dort mit Freude mitgemacht.

Ein Medizinstudent im ersten Semester, der wahrscheinlich eine Schizophrenie hatte ("Pubertätskrise"), habe einen großen Modellbaukasten mit in die Beschäftigungstherapie gebracht. Er arbeitete mit Hingabe daran und sei für nichts anderes

zu interessieren gewesen.

Ein depressiver Patient mit schweren Minderwertigkeitsideen sei manuell unbegabt gewesen. Und da er bei seinen Ton- und Holzarbeiten hohe Ansprüche an sich stellte, wäre er oft unzufrieden.

V. Übersicht über die wichtigsten Ergebnisse

Die Übersicht wird in Form eines Vergleichs der subjektiven Angaben mit den objektiven Ergebnissen gebracht.

Der unterschiedliche Charakter der beiden Gruppen macht allerdings einen Vergleich nur annäherungsweise und mit Einschränkungen möglich. Eine Vergleichbarkeit ist lediglich in dem jeweils gleichen Gegenstand der Aussage gegeben. In der Methode, welche zu diesen Aussagen führte, liegt eine Differenz vor, die so groß ist, daß man eigentlich nur von einer lockeren Gegenüberstellung der beiden Befundgruppen sprechen kann. Die 103 Patienten, von denen die subjektiven Angaben stammen, haben jeweils zu allen aufgeführten Punkten Stellung genommen. Bei den von den Beschäftigungstherapeutinnen verfaßten Kurzberichten handelt es sich dagegen um Feststellungen über das, was den Berichtenden wesentlich erschien, um es als "Bemerkung" zu dem betreffenden Fall aufzuschreiben. Alles andere wurde weggelassen. Es war also dabei ein zusätzliches Auswahlprinzip unwillkürlich wirksam, das eine echte Übersicht über diese 306 beschäftigungstherapeutisch behandelten Patienten einschränkt.

Die 32 ohne Fragebogen im Gespräch befragten Patienten werden in der hier aufgestellten groben Übersicht nicht berücksichtigt, da sie in diesem Rahmen nicht zu einem Vergleich herangezogen werden können.

a) Für einen Vergleich ist zunächst eine Aufstellung über die Verteilung der Diagnosen in den beiden Gruppen notwendig.

Die Patienten, welche mittels des Fragebogens befragt wurden, lassen sich folgendermaßen einteilen:

23 mal Schizophrenien (davon 1 "Paranoia", 1 "Randpsychose"),
23 mal depressive Syndrome (8 "endogene", 15 "reaktive Depression"),
1 mal manischer Zustand,
4 mal abnorme Persönlichkeiten,
2 mal "Alkoholiker",
2 mal andere "Sucht",
2 mal "Verwahrlosungsgefahr" im Jugendalter,
3 mal organisches Psychosyndrom,
42 mal psychoreaktive Syndrome (davon 2 "Zwangskrankheit", 21 vegetative, hypochondrische oder konversionsneurotische Syndrome, 4 "Sprachstörungen"),
1 mal neurologische Erkrankung ("cerebelläre Ataxie, spastische Gangstörung, organische Sprachstörung").

Die Patienten, über die in den Verordnungsbogen berichtet wurde, gehören zu folgenden Diagnosegruppen:
94 mal Schizophrenien (davon 5 "Randpsychose", 7 "Pubertätskrise", 1 "sensitiver Beziehungswahn"),
75 mal depressive Syndrome (davon 21 "endogene", 29 "reaktive Depression"),
10 mal manische Zustände,
5 mal abnorme Persönlichkeiten,
4 mal "Alkoholiker",
2 mal andere "Sucht",
9 mal organisches Psychosyndrom,
99 mal psychoreaktive Syndrome (davon 10 "Zwangsneurose", 29 vegetative, hypochondrische oder konversionsneurotische Syndrome, 4 "Sprachfehler", 3 "Magersucht", 4 "Reifungskrise"),
1 mal neurologische Erkrankung ("extrapyramidale Hyperkinese"),
1 mal "Verhaltensauffälligkeit nach Meningitis",
1 mal Anfallsleiden (Petit mal).

b) Besserung des Befindens der Patienten durch die Beschäftigungstherapie.

Subjektiv: 73 von 103 erlebten es als Hilfe.
Entspricht ca. 3 von 4 Fällen.

Objektiv: 105 von 306 wurden gebessert.
Entspricht ca. 1 : 3.

Subjektiv: 21 von 103 erlebten es nicht als Hilfe.
Entspricht ca. 1 : 5.

Objektiv: 63 von 306 wurden nicht gebessert.
Entspricht ca. 1 : 5.

Subjektiv: 9 von 103 waren unsicher über die Wirkung ("vielleicht").

Objektiv: (Über 138 wurden keine direkten Angaben gemacht betreffs der Wirkung auf das Befinden der Patienten.)

Der Vervollständigung der objektiven Befunde über die Besserung durch die Beschäftigung dienen die Aussagen über:

Konzentration, Ausdauer, Ablenkung oder Beruhigung: 32 von 57 wurden in dieser Hinsicht gebessert oder besaßen diese Fähigkeiten von Anfang an.
Entspricht ca. 4 : 7.
25 von 57 wurden darin nicht gebessert.
Entspricht ca. 3 : 7.

Und die Aussagen über:

das Selbstvertrauen: 26 von 31 wurden hierin gebessert oder hatten es von Anfang an.
Entspricht ca. 5 : 6.
5 von 31 wurden nicht gebessert.
Entspricht ca. 1 : 6.

die Selbständigkeit: 29 von 37 wurden hierin gebessert oder hatten sie von Anfang an.
Entspricht ca. 3 : 4.
8 von 37 wurden nicht gebessert.
Entspricht ca. 1 : 4.

Der Vervollständigung der subjektiven Aussagen dienen die Aussagen von Patienten über:

die Selbständigkeit: 64 von 103 sagten, sie bestimmten selber ihre Tätigkeit.

Entspricht ca. 5 : 9.

27 von 103 sagten, sie ließen sich beeinflussen von anderen.

Entspricht ca. 2 : 9.

12 von 103 sagten, sie ließen sich teilweise oder bedingt beeinflussen.

Entspricht ca. 1 : 9.

c) Die affektive Einstellung zu Beschäftigungstherapie und Tätigkeit.

Subjektiv: 83 von 103 hatten eine positive Einstellung zur Beschäftigungstherapie, 85 zur Tätigkeit.

Entspricht ca. 8 : 10.

Objektiv: 63 von 82 hatten eine positive Einstellung zur Tätigkeit.

Entspricht ca. 6 : 8.

Subjektiv: 9 von 103 hatten eine negative Einstellung zur Tätigkeit.

Entspricht ca. 1 : 10.

Objektiv: 19 von 82 hatten eine negative Einstellung zur Tätigkeit.

Entspricht ca. 2 : 8.

Subjektiv: 11 von 103 hatten eine schwankende Einstellung zur Tätigkeit.

Entspricht ca. 1 : 10.

d) Kontakt und Gemeinschaftsbeziehung innerhalb der Beschäftigungstherapie

Subjektiv: 64 von 103 hatten guten Kontakt zu anderen und eine gute Gemeinschaftsbeziehung.

Entspricht ca. 5 : 8.

Objektiv: 57 von 68 hatten guten Kontakt zu anderen.

Entspricht ca. 6 : 7.

Subjektiv: 39 von 103 hatten kaum Kontakt zu anderen und keine rechte Gemeinschaftsbeziehung.

Entspricht ca. 3 : 8.

Objektiv: 11 von 69 hatten kaum Kontakt zu anderen.

Entspricht ca. 1 : 7.

e) Häufigkeit und Beliebtheit in der Verwendung der einzelnen Materialien.

Die Aufstellung der subjektiven Angaben wird in Form einer Gegenüberstellung der Häufigkeit ihrer Bevorzugung zur Häufigkeit ihrer gesamten Verwendung gebracht.
Diesen subjektiven Angaben werden wiederum die objektiven Befunde gegenübergestellt, ebenfalls in Form eines Vergleichs der Befunde, welche eine positive Wirkung des betreffenden Materials oder ihre Bevorzugung durch den Patienten aufwiesen, mit der Zahl der gesamten aufgeführten Verwendung.

Material:	subjektiv:	objektiv:
Peddigrohr	24 von 54	4 von 7
Weben	16 von 33	7 von 10
Tonarbeiten	8 von 33	14 von 21
Kupfer- u. Emaillearbeiten	10 von 31	6 von 6
Mosaiklegen	4 von 19	6 von 8
Holzarbeiten	10 von 16	5 von 10
Sägearbeiten	3 von 16	2 von 2
Näharbeiten	3 von 16	
Sticken, Stricken, Häkeln	2 von 6	
Drahtbiegearbeiten	3 von 15	
Malen, Zeichnen	4 von 10	1 von 2
Batik	4 von 6	2 von 2
Klebarbeiten	0 von 6	
Mobile	0 von 2	
Mattenflechten	0 von 3	4 von 4
Schreibmaschine schreiben	3 von 3	
Gärtnerei	1 von 1	

Bei den 103 subjektiven Angaben haben 23 zwei Techniken als bevorzugt angegeben.
Die Zahl der Materialien, die bis zur Zeit der Befragung von den 103 Patienten angewendet worden waren, beträgt im Querschnitt 2,6.

Bei den Zahlenangaben aufgrund der objektiven Befunde ist der - nach Abzug der als positiv wirksam bezeichneten Angaben - verbleibende Rest als negativer Bescheid zu werten, d. h. die angegebene Technik hat sich bei diesen Patienten als nicht brauchbar erwiesen.

An subjektiven Angaben ist zu ergänzen:

31 von den 103 Patienten konnten keine bevorzugte Tätigkeit angeben.

30 von 103 Patienten gaben an, sie hätten wenig gewechselt in den Techniken.
26 von den 103 sagten, sie hätten häufig gewechselt.
44 meinten, sie hätten "normal" gewechselt oder "in der Form" häufig.

Diese Angaben sind als besonders subjektiv zu bezeichnen, da sie der Ansicht des einzelnen entsprachen und sich nicht auf konkrete Zahlen stützten. Es kann deshalb aufgrund dieser Aussagen keine Vorstellung darüber gewonnen werden, wie oft die Patienten innerhalb einer gewissen Zeit von einer Technik auf eine andere übergingen.

VI. Inwiefern hat sich die Beschäftigungstherapie als wirksame Therapie erwiesen?

Wertung der Ergebnisse

Es stellt sich jetzt die Frage, was die verschiedenartigen gewonnenen Befunde und Auskünfte für einen Beitrag leisten zu einem Gesamtbild über die Wirkung der Beschäftigungstherapie. Denn sie sollen ein Urteil darüber ermöglichen, welchen therapeutischen Rang diese Therapie innerhalb der klinischen Behandlung der Patienten einnimmt.

Auf dem Verordnungsbogen, in dem der behandelnde Arzt ankreuzt, welches therapeutische Ziel die Beschäftigungstherapeutin mit dem Patienten ins Auge fassen soll, steht als letzter Punkt: "nur Freizeit nutzen". - Die Antworten vieler Patienten zeigen, daß allein die Tatsache, daß ihre Zeit "genutzt" und ausgefüllt wird, in ihren Augen eine Hilfe darstellt. Das kommt zum Ausdruck in Antworten, die ein Teil der Patienten gibt auf die Frage, ob ihnen die Beschäftigungstherapie helfe: "Ja, denn es ist Zeitvertreib", "Es hilft gegen Langeweile" und "Meine Zeit wäre nicht ausgefüllt".
Durch das "nur" in dem Verordnungsbogen wird zum Ausdruck gebracht, daß das "Freizeit nutzen" eigentlich keine Therapie sein soll. Denn unter Therapie versteht man eine Maßnahme gegen die vorliegende Krankheit oder Abnormität.
Das genannte Beispiel stellt wieder vor die Frage: Inwiefern erwies sich die "Beschäftigungstherapie" als Therapie?
Man muß im besonderen fragen, was die subjektiven Aussagen der Patienten zu einer Beantwortung dieser Frage beitragen können und in welcher Form sie sich verobjektivieren lassen.

In Anbetracht der zum Teil niedrigen Anzahl beobachteter Fälle und der anderen nicht eliminierbaren Fehlerquellen kann man sagen, daß eine grobe Entsprechung der Zahlenverhältnisse von subjektiven Angaben und objektiven Befunden sich abgezeichnet hat (vgl. voriges Kapitel). Dies berechtigt zu der Annahme, daß das, was die Patienten angegeben haben, in fast allen Fällen auch für einen objektiven Beobachter feststellbar ist.
Auf der anderen Seite ist zu sagen: Die Tatsache, daß der Patient selber die Beschäftigungstherapie als schön und in irgend einer Hinsicht hilfreich erlebt und daß er eine positive affektive Einstellung zu ihr hat, ist allein schon ein Therapeuticum, das dann in zweiter Linie in einer objektiv nachweisbaren Besserung des Patienten zum Ausdruck kommt. Denn eine positive Einstellung ruft auch positive Kräfte wach. Man kann sie mit einer guten Übertragung in der psychotherapeutischen Behandlung vergleichen. Sie bietet einen Angelpunkt für das weitere therapeutische Vorgehen. - Es bedeutet z. B. viel für einen Patienten in irgend einem Versagenszustand, der, bevor er in die Klinik kommt, seine Umwelt als frustrierend und als Überforderung erlebt hat, wenn er in der Klinik durch die Beschäftigungstherapie etwas erfährt, was er als schön und angenehm empfindet.

Es soll nun versucht werden, aufgrund der gewonnenen Angaben und objektiven Befunde ein Gesamtbild dessen zu entwerfen, was die Beschäftigungstherapie ausrichten konnte.

Ich fange mit dem negativen Bescheid an.
Es ist festzustellen, daß sowohl in den objektiven Befunden als auch bei der Befragung der Patienten ein Anteil von 20 % da ist, bei dem die

Beschäftigungstherapie offenbar keine Hilfe bedeutete. Es sind Patienten aller psychiatrischen Diagnosengruppen dabei.
Unter den 28 schizophrenen Kranken, die hier genannt werden, sind viele besonders schwere und akute Fälle. Bei vielen von ihnen ist mangelnde Krankheitseinsicht festzustellen. - Andere Patienten, vor allem solche mit depressivem Syndrom und mit organischem Psychosyndrom, sind völlig resigniert. - Bei den Patienten mit psychoreaktivem Syndrom begegnet man hier oft der Äußerung, daß die Beschäftigung ihre Probleme gar nicht berühre und deshalb nicht helfen könne. 2 Patienten (Studenten) meinen sogar, es bringe sie davon ab, sich mit ihren Problemen auseinanderzusetzen. Die letztgenannten Argumente wirken überzeugend, während bei den anderen Patienten - sofern ihnen die Tätigkeit Freude macht - sicher ein guter Einfluß der Beschäftigungstherapie vorhanden ist. Die entscheidende Hilfeleistung für ihre Schwierigkeiten kann allerdings nur die Psychotherapie vermitteln. - Bei den 4 Patienten mit schweren Sprachstörungen (psychogen) zeigt sich ebenfalls, daß ihre Symptome und die therapeutischen Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie auf zu verschiedenen Gebieten liegen, so daß auch die Ermöglichung von menschlichen Kontakten über der Arbeit, die sie zum Sprechen anregt, keinen spürbar helfenden Einfluß hat.
Bei allen diesen Patienten haben wir nur einen zeitlichen Ausschnitt des Krankheitsgeschehens vor Augen. Besonders bei den schizophrenen und den depressiven Patienten müssen die Krankheitssymptome durchaus nicht so unüberwindlich für die Beschäftigungstherapie bleiben, zumindest da nicht, wo kein organischer Abbau - wie beim organischen Psychosyndrom - zur Fixation beiträgt. Und es ist möglich, daß im Nachherein die beschäftigungstherapeutische Behandlung recht wirksame Spuren

zeigt. Hier ist es am Platze, daß der Therapeut und der Arzt stellvertretend für den Kranken bestimmen, wo die Suggestion zur Arbeit einen recht bestimmten Zug annehmen muß. Meistens ist es bei solchen Patienten daher besser, sie einer regulären Arbeitstherapie zuzuführen, wenn es sich um einen schizophrenen Prozeß handelt. Dies ist auch bei 2 der oben genannten Patienten geschehen. Sie wurden in die Gärtnerei und Tischlerei geschickt.

Da von den 103 Patienten, die befragt wurden, nur 5 angaben, sie hätten keine Freude an ihrer Tätigkeit und weitere 13 mit Einschränkungen, ist anzunehmen, daß die Beschäftigungstherapie auf fast alle Patienten wenigstens in bescheidenem Maße eine gute Wirkung hat.
Denn eine Tätigkeit, die angemessen ist, fördert das Wohlbefinden oder begründet es sogar, weil die Kräfte und Fähigkeiten, die in jedem Patienten noch stecken, richtig zur Entfaltung kommen. Eine Tätigkeit ist dann angemessen, wenn sie nicht zu schwer und zu anstrengend ist und wenn sie den Patienten anspricht. - Es ist deutlich geworden, daß eine Arbeit meist nur dann schnell und gut und mit Ausdauer und Konzentration durchgeführt wird, wenn der Patient Freude daran hat.
Die Freude und das Interesse, das die Beschäftigungstherapie zu wecken vermag, erweisen sich überhaupt als der wesentliche therapeutische Faktor. Sie vermögen Hemmung und Ablehnung - öfter sogar Negativismus - und Verstimmung und Resignation zu beeinflussen und auch bei Psychotikern gesunde Antriebe zu wecken und zu erhalten. Und die Patienten werden zufriedener und lockerer. Sie erleben es als eine schöne Möglichkeit und Hilfe, um den Tag sinnvoll auszufüllen, damit sie nicht mehr an ihre Probleme, ihre Krankheit und an die Tatsache, daß sie in einer Nervenklinik sind, denken müssen. Es ist eine Erleichterung

von den Auswirkungen des krankhaften Geschehens - beim einen mehr, beim anderen weniger - so daß man sie nicht mehr so spürt oder, wenn möglich, eher bereit ist, von Fehlhaltungen zu lassen, da sie keinen subjektiven Gewinn mehr bringen.
Man wird nicht zur Arbeit gezwungen, sondern darf sich umsehen und selber das aussuchen, was einem gefällt. - Die meisten Patienten nutzen es gerne aus, daß sie selbst bestimmen dürfen. Die anderen, welche sich Rat holen bei den Therapeutinnen oder bei anderen Patienten, können auch darin noch eine gewisse Entscheidungsfreiheit gebrauchen, soweit sie dazu fähig sind. So wächst bei vielen das Interesse daran, was man alles machen könnte, und die Sicherheit der eigenen Entscheidung.
Sicher spielt die suggestive Einwirkung der Therapeutin, wie sie Tramer beschreibt, eine bedeutende Rolle, auch bei denen, die angeben, sie hätten alles selber bestimmt. Außerdem übt das ganze Milieu eines Beschäftigungstherapie-Raumes mit all den in ihm tätigen Menschen eine starke suggestive Wirkung aus - im Sinne des "Suggestionsmilieus" Tramers.
Die meisten Patienten gaben die gleiche Antwort, wenn nach der räumlichen und wenn nach der menschlichen Athmosphäre gefragt wurde. Man kann daraus schließen, daß beides aufeinander einwirkt und subjektiv zu einer Einheit verschmilzt.
Unter den 12 Patienten, welche meinten, die Gemeinschaft auf der Station sei besser als in der Beschäftigungstherapie-Abteilung, ist nur ein schizophrener Patient von der geschlossenen Abteilung - allerdings 2 mit endogener Depression -, während unter den 7, die es in der Beschäftigungstherapie in dieser Hinsicht besser fanden, 4 schizophrene Kranke sind. Es ist anzunehmen, daß für sie die Atmosphäre auf der geschlossenen Abteilung bedrückender ist, weil dort viele schwer kranke

Patienten sind.
Viele der therapeutischen Ziele, welche vor allem bei Janz vorgezeichnet sind, fanden sich in weitem Maße bestätigt, nämlich, daß sich durch die Schaffung von ansprechenden Betätigungsmöglichkeiten, über die frei verfügt werden kann, ein Gefühl der Freude entwickeln soll - am Selbstgeschaffenen und Schönen. Auch die Lösung der Abhängigkeit von den Krankheitssymptomen, die Janz und andere fordern, wurde in den Grenzen des Möglichen erreicht. Die Patienten erfahren eine Umgebung, in der sie geborgen und geschützt sind und sich freier und sicherer entfalten können als in der normalen Umwelt und in der ihr Betätigungstrieb, ihre Fähigkeit zur Selbstverantwortung, ihr Wille, etwas Wertvolles zu schaffen und ihr Gemeinschafts- und Kontaktbedürfnis eine Betätigung erfahren, ohne daß ihre Krankheitssymptome in solchem Maße störend sind, wie es draußen meist der Fall ist. Einschränkend für solche Entfaltung bleiben jedoch manchmal Symptome wie die Kontaktschwäche - vor allem bei einigen schizophrenen Kranken - und die Entscheidungs- und Antriebsarmut, die sowohl bei Psychotikern als auch bei Patienten mit abnormer Persönlichkeitsstruktur und solchen mit schweren psychoreaktiven Störungen so stark sein konnten, daß sie kaum zu beeinflussen waren.
Auch die Forderung Russels wurde erfüllt, wonach die Beschäftigungstherapie dazu dienen soll, daß die Patienten zu dem Urteil kommen, die Verhältnisse in der Klinik seien den Umständen entsprechend doch so gut wie möglich. Dies zeigt sich darin, daß die Patienten die räumliche und auch die menschliche Atmosphäre in der Beschäftigungstherapie fast alle für gut und angemessen hielten und gerne dort waren.
Die Möglichkeiten in der Beschäftigungstherapie bieten so viel Anregung, daß sich fast für jeden

etwas findet, das er wirklich gern macht und das seinen Anlagen entspricht. - Es zeigt sich dabei - was auch in den Lehrbüchern hervorgehoben wird -, daß die Interessen und Ziele der einzelnen Patienten, auch wenn sie ähnliche Symptome und eine ähnliche Intelligenz und Fähigkeit haben, verschieden gelagert sein können. Den einen spricht die Schönheit der Farben an und die Möglichkeit, seine Phantasie und seine schöpferischen Fähigkeiten zu entfalten - etwa bei Ton- und Batikarbeiten, beim Malen und Emaillieren. Ein anderer macht gern Geschenke und überlegt, was am geeignetsten dafür sei. Ein dritter fragt nach der Brauchbarkeit eines Gegenstandes und wie man ihn einmal verwenden kann. Der nächste sieht, was am leichtesten zu machen ist und ihm technisch am meisten liegt oder was er schon einmal gemacht hat. Die einen wollen schnell fertig werden, um bald einen Erfolg zu sehen, die anderen fertigen mit Hingabe komplizierte Dinge. Manche möchten alles lernen und können, was in der Beschäftigungstherapie zu machen ist, andere halten sich an ein einziges Material. Einige loben die beruhigende Wirkung einer Tätigkeit wegen ihrer Gleichmäßigkeit, und einige entdecken gern neue Seiten einer Sache. - Interessant ist auch, daß manche Patienten Arbeiten vorziehen, die ihrer beruflichen Tätigkeit nahestehen, während andere froh sind, daß sie mal etwas ganz anderes machen können. - Viele freuen sich, wenn sie anderen helfen können oder wenn ihnen geholfen und geraten wird, einzelne sind sehr auf sich selbst bezogen.
Es hängt fast immer mehr von der Biographie des einzelnen, von seinem Charakter, seinen Interessen, seiner Art, mit den Dingen in Beziehung zu treten oder sie auf sich zukommen zu lassen, von seiner Phantasie oder Nüchternheit oder von seinen persönlichen Idealen und Zielen ab als von seiner Krankheit oder Fehlhaltung, welche Gesichtspunkte bei seiner Tätigkeit maßgebend sind.

Bei Janz und in Abhängigkeit davon bei I. Heinichen wird in diesem Zusammenhang gern von dem "gesund gebliebenen Anteil der Persönlichkeit" gesprochen. Ich würde vorschlagen, von gesunden Kräften zu sprechen, die in individuell verschiedener Ausprägung zutage kommen. Denn es fällt schwer, sich eine Persönlichkeit als aus gesunden und kranken Teilen zusammengesetzt vorzustellen. - Einen leichten Gegenstand - und sei es das Mattenflechten - kann jeder psychiatrische Patient noch fertigbringen. Nur in wenigen Ausnahmefällen ist ein Patient auch hierfür zu verwirrt oder unruhig oder - z. B. bei einer Depression - im Antrieb völlig gelähmt für eine gewisse Zeit.
Der Patient soll dadurch, daß er etwas schaffen kann und Fortschritte macht, merken, daß es ihm wieder besser geht (vgl. Russel). Dies gelang bei vielen Patienten, die sich anfangs nichts zutrauten und keine Freude mehr an etwas fanden. - Ein besonderes Problem bieten hier solche, die hohe Ansprüche an ihre Leistung stellen, aber handwerklich unbegabt sind. Für die meisten derartigen Patienten fand sich schließlich etwas, das sie interessierte und sicher machte. Nur bei 5 Patienten gelang es nicht. Die Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie reichen offenbar dafür noch nicht aus, obwohl hier das geeignete Feld ist, solche Patienten zu fördern.

Ausdauer und Konzentration ist bei vielen Patienten von Anfang an vorhanden. Bei anderen - sogar bei mehreren manischen Patienten - konnte sie deutlich gebessert werden durch eine fesselnde Tätigkeit und nachdem sie sich eingearbeitet hatten. - Bei 25 Patienten aller Diagnosengruppen war eine Besserung nicht möglich in dieser Hinsicht, weil sie - mit Ausnahme einiger psychotischer Patienten, die zu unruhig waren - keine Lust und kein Interesse zeigten. Auch hier reicht die anlockende und erziehende Wirkung der Beschäf-

tigungstherapie nicht aus. Wahrscheinlich ist sie für viele dieser Patienten zu frei, und es wäre besser, sie einer Arbeitstherapie zuzuführen.

Die Kontaktfähigkeit kann durch die Beschäftigungstherapie selten gefördert werden, wenn sie nicht von vornherein in Ansätzen vorhanden ist. Allerdings werden viele Patienten aufgeschlossener, wenn die Therapeutin oder andere Patienten sich mit ihnen abgeben und ihre Arbeit loben. Eine Ausnahme machen hierbei manchmal endogen depressive Patienten.
Bei einzelnen Patienten waren Symptome ihrer abnormen Erlebnisreaktion oder Persönlichkeitsstruktur bestimmend für ihr Verhalten zu den anderen. So bei einer Patientin ("Versagenszustand"), bei welcher der Wunsch, beachtet zu werden, fast der einzige Antrieb war, überhaupt etwas zu tun. Und bei einem anderen Patienten ("expansive Psychopathie"), bei dem das indizierte Ziel einer sozialen Anpassung nicht zu erreichen war, da er unregelmäßig kam, wenn er nicht genügend gelobt und beachtet wurde. Und bei einer dritten Patientin ("Erlebnisreaktion"), die zu allen über ihre Probleme sprach; sie hatte das Anhören der anderen nötig, weil sie nicht mehr mit sich selber fertig wurde.

Die aktivierende und lösende Wirkung der Bewegung, welche Tramer von der Arbeit hervorhebt, zeichnet sich auch in der Beschäftigungstherapie bei vielen Patienten ab, die durch die Tätigkeit Anregung und Auftrieb erfahren. Einzelne beschreiben diese Wirkung auch selber.

Was Hillers in seinem Aufsatz zusammenfaßt als Grundanliegen der Beschäftigungstherapie, nämlich daß der Kranke von seiner Krankheit tiefer ergriffen werden und das Material eine lebendige Wirkung auf ihn ausüben soll, ist ebenfalls bei den weitaus meisten Patienten erreicht worden,

zumindest mit einem der vielen Materialien. Das drückt sich darin aus, daß sie ihre Tätigkeit mit wirklichem Interesse und mit Freude ausführen und daß viele die Vorliebe für einzelne Materialien damit begründen können, was man alles daraus machen könne oder was daran schön und anziehend sei. - Wahrhaft schöpferische Fähigkeiten finden sich etwas seltener, am wenigsten bei endogen depressiven Patienten, was wohl mit dem Wesen dieser Erkrankung zusammenhängt. Schöperische Leistungen sind zu finden bei Patienten, die gut töpfern können, bei solchen, die ausdrucksvolle Mosaikmuster, Webmuster oder eigene Entwürfe für Holzarbeiten und Schmuckgegenstände ausführen, natürlich auch beim Malen, sofern es nicht ganz klischeehaft ist. Auch mancher selbständige Entwurf für eine Flechtarbeit kann schöpferisch genannt werden.

Für manche Patienten ist von großem Einfluß auf ihre Arbeitsfreude, wenn sie Gegenstände für bestimmte Menschen tun können, die ihnen lieb sind. Die affektive Bindung an wichtige Beziehungspersonen wird auf diese Weise ein Ansporn für gesunde Impulse in diesen Patienten, und sie können eher wieder einen Sinn zu leben finden. - Durch diese Befunde wird bestätigt, was Lauter in seinem Aufsatz betont, daß es oft nicht als Anreiz für die Patienten genüge, eine Betätigung um ihrer selbst willen zu tun, sondern daß sie wissen sollten, für wen sie sie tun.
Wenn eine depressive Patientin ihre Batiktücher an Leute in der Klinik verschenkt, da sie viel Freude an ihnen hat, will sie wohl damit ihre eigene Freude durch die der anderen verstärken und auch einen Grund haben, um mit den anderen Kontakt aufzunehmen, was ihr sonst durch ihre Krankheit als kaum möglich erschien. - Bei einer anderen depressiven Patientin, die ganz von sich

absehen und alles nur für die anderen tun will, ist das Hauptmotiv sicher das Gefühl eigenen Unwerts, der völligen Resignation in Bezug auf sich selber. - Auch andere Patienten, vor allem depressive, arbeiten gern für andere oder setzen Arbeiten fort, die andere begonnen haben, vermutlich, um soziale Schuld- und Unwertsgefühle zu kompensieren und das Selbstgefühl zu steigern. Auch Hausfrauenarbeiten wie Nähen und Abwaschen werden sicher aus diesem Grunde gemacht.
Bei schizophrenen Patienten macht sich in einzelnen Fällen ein Phänomen bemerkbar, das man als psychotische Selbstentfremdung auffassen kann. Z. B. bei einer Patientin, von der es heißt, daß sie am besten ansprechbar sei, wenn man sie bitte, für jemand anderes etwas zu tun, und daß sie für sich selbst oft nicht gerne arbeite. Auch bei einer anderen, kontaktarmen schizophrenen Patientin, welche, obwohl sie an ihrer Arbeit Freude hat, ihre Ketten an eine andere Patientin verschenkt, ist dieses Phänomen anzunehmen.

Es geht aus den in dieser Arbeit vorgelegten Befunden deutlich hervor, was schon Russel und die anderen Autoren feststellen: Es wäre sinnlos, bestimmte Beschäftigungen bestimmten Krankheitsgruppen zuzuordnen. Sowohl die Angaben der Patienten darüber, warum sie eine Technik einer anderen vorziehen, als auch die objektiven Befunde über die Wirkung der einzelnen Materialien sind krankheitsunspezifisch.
Man sollte deshalb auch nicht einem Patienten ein bestimmtes Material entgegen seiner Zuneigung aufdrängen unter der Vorstellung, es sei für seine Symptomatik besonders geeignet. Eine Technik ist dazu vor allem ungeeignet, das Arbeiten mit Ton. Einige Patienten haben eine spezielle Abneigung dagegen, und andere bringen nichts Rech-

tes damit zustande. Auch wenn das Tonschmieren aus psychotherapeutischen Gründen gewünscht wird (Provokation analer Triebtendenzen) - wie es bei einer Patientin der Fall war - darf kein Zwang angewandt werden, zumindest nicht im Rahmen der Beschäftigungstherapie, sondern, wenn nötig, direkt unter ärztlicher Kontrolle.

Es hat dagegen einen Wert, die spezifischen Schwierigkeiten der verschiedenen Patienten unter dem Gesichtspunkt ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankheitsgruppe herauszufinden. Denn mit ihnen hat sich auch die Beschäftigungstherapie auseinanderzusetzen. Und von daher müssen die jeweils anzustrebenden therapeutischen Zielsetzungen kommen.
Daher sollen die gefundenen Ergebnisse unter diesem Gesichtspunkt noch einmal kurz untersucht werden, um zu entdecken, was die Beschäftigungstherapie hier jeweils zu leisten vermag.

Die schizophrenen Patienten bilden neben denen mit depressiven Syndromen die größte Krankengruppe innerhalb der Klinik.
Daß sie in Bezug auf ihr Verhalten in der Beschäftigungstherapie so verschieden sind, mag zunächst erstaunen. Das Spektrum ihrer Verhaltensweisen reicht von wahrer Begeisterung und ausdauerndem Einsatz bei den einen bis zu hartnäckiger Ablehnung bei anderen.
Schwierigkeiten, die häufig bei schizophrenen Patienten auftreten, sind Verlangsamung und Unstetigkeit, Antriebsarmut, Mangel an affektiver Beziehung zur Tätigkeit und Kontaktschwäche.
Bei einem Teil der registrierten Kranken konnte die Ausdauer gebessert werden, bei anderen nicht. Auch der Antrieb wurde bei manchen anfangs recht abweisenden Patienten, die nicht aus sich heraus-

gingen, gefördert, war aber nicht bei allen zu beeinflussen.
Die Freude an der Arbeit konnte bei recht vielen geweckt werden. - Die Kontaktschwäche besserte sich wenig oder gar nicht.
Bei mehreren konnte man beobachten, was auch Janz schreibt: Wenn es gelingt, das Interesse und den gesunden Antrieb einmal zu wecken, so erlangt die Freude am Tun sehr bald das Übergewicht. Man muß sich also - wie auch Janz schreibt - viel mit solchen Patienten abgeben und ihnen eine Tätigkeit zuteilen, die sie fesselt, die aber nicht zu schwierig ist. Öfter muß man mit ganz einfachen Dingen beginnen, die unter Umständen mehr arbeitstherapeutischen Charakter haben, wie das Mattenflechten oder das Durchsägen einer Sperrholzplatte. Mit viel Geduld müssen diese Patienten Schritt für Schritt zu anspruchsvolleren und selbständigeren Tätigkeiten herangezogen werden. Da viele von ihnen keinen Sinn im Tun sehen, muß ihnen etwas angeboten werden, in dem sie - wenn irgend möglich - einen Sinn und eine Hilfe erblicken. Nicht bei allen Patienten bekommt man so spontane Antworten wie bei jenem Patienten, der, als er zum Malen aufgefordert wurde, sagte: "Man kann sich durch Malen von etwas befreien. Aber ob es gelingt?" Bei anderen werden hohe Anforderungen an die Suggestionsfähigkeit der Therapeutin gestellt und an ihre Fähigkeit, das richtige für einen Kranken herauszufinden.
Die schizophrenen Patienten müssen auch merken, daß es selbstverständlich ist, etwas zu tun, indem man ihnen, wenn es anders nicht geht, einfach etwas zum Arbeiten in die Hand gibt. - Sie empfinden es andererseits oft als Erleichterung - wie auch die anderen Patienten -, daß sie durch die Tätigkeit, wenn sie erst mal dabei sind, abgelenkt werden und einen ausgefüllten Tageslauf bekommen.

Die Patienten mit der Diagnose "Randpsychose" (damit ist wohl ein weniger akutes und mit psychoreaktiven Elementen gemischtes Erkrankungsbild gemeint) haben alle große Schwierigkeiten wegen ihres Mangels an Initiative und Antrieb. Bei drei solcher Patienten konnten diese Symptome durch die Freude beim Gelingen der Arbeit beeinflußt werden, bei einer von ihnen allerdings nur zeitweise. Andere waren sehr schwer zur Beständigkeit zu erziehen. Man mußte sie immer wieder dazu anhalten, und ihre Passivität erschien unüberwindlich.

Die meisten Patienten mit abklingender endogener Depression lassen sich gut zu einer Tätigkeit hinführen, sind gerne dabei, und die meisten bejahen sogar die Frage, ob ihnen die Tätigkeit Freude mache. Manche arbeiten allerdings auch recht mechanisch, und bei einigen muß eine anfängliche Antriebsarmut überwunden werden.
Diese Patienten sind oft dankbar, daß sie etwas arbeiten können. Sie bevorzugen Tätigkeiten, bei denen sie sich nicht so intensiv konzentrieren müssen und die ruhig sind, z. B. einfaches Weben. Viele suchen eine Selbstbestätigung durch Arbeiten, die ihnen vertraut sind und die nützlich sind. Aus demselben Grunde helfen sie auch gern anderen.
Einige sind dagegen so antriebslos, daß es nicht gelingt, sie zu aktivieren. Auch bei diesen Patienten sollte man es immer wieder sehr vorsichtig versuchen, sie mit ganz leichten Tätigkeiten zu beschäftigen, bei denen sie sich wirklich nicht anstrengen müssen. Das hat sicher eine Wirkung - wenn man es nur behutsam genug macht.
Bei zwei Patienten ist vermerkt, daß das Lob, welches sie immer wieder von anderen Patienten bekommen, keinen Eindruck auf sie gemacht habe. Es ist hierbei gut möglich, daß im Rückblick die An-

erkennung doch eine fördernde Wirkung gehabt hat, welche die Patienten wegen ihrer Erkrankung nur nicht zum Ausdruck bringen konnten.

Auch bei den Patienten mit der Diagnose "neurotischer" oder "reaktiver Verstimmungs- und Versagenszustand" ist der Antrieb und die affektive Ansprechbarkeit oft so gelähmt, daß die betreffenden Patienten keine rechte Beziehung zur Arbeit finden und recht langsam sind.
Bei einigen dieser Patienten ist der beschriebene Zustand und dazu das mangelnde Selbstvertrauen während der Dauer der Behandlung nicht zu beeinflussen gewesen. Bei den meisten ließ sich aber bald - bei den Erschöpfungs- und Versagenszuständen langsamer als bei den reinen Verstimmungen - ein guter Erfolg erzielen.
Die Patienten bekommen wieder Freude, Selbstvertrauen und Konzentrationsfähigkeit.
Mehrere Patienten, die eine weniger schwere Symptomatik aufweisen, sind sogar von Anfang an mit Freude dabei. Ein Patient äußerte, es wirke entspannend.
Es wird bei diesen Patienten oft besonders klar, welch bedeutenden Anteil die Beschäftigungstherapie am Heilerfolg hat. Die eine Patientin, welche so begeistert die Wirkung der Beschäftigungstherapie auf ihren Zustand beschreibt, drückt das deutlich aus: "Durch Freude am Schönen wird man aufgeschlossen." Und: "Am Anfang war es gut, daß ich kommen mußte."
Es ist also gut, wenn die Aufforderung zur Beschäftigung am Anfang einen recht bestimmenden Ton annimmt - bei aller Vorsicht und Einfühlung, die dabei geboten ist. - Auch sonst muß man manchmal viel Geduld mit diesen Patienten haben.

Manische Patienten können meistens (unter Mitwirkung der Medikamente) durch grobe Arbeiten gefesselt werden.

Dies gelang bei mehreren Patienten verhältnismäßig gut. Einzelne waren jedoch so umtriebig, daß es schwer war, sie an der Arbeit zu halten, und durch ihr lautes Wesen konnten sie auch für die Umgebung störend sein.

Bei den Patienten mit abnormer Persönlichkeitsstruktur vermag die Beschäftigungstherapie nichts Entscheidendes auszurichten.
Zwei solcher Patienten ließen sich gern beschäftigen. Der eine meinte, ohne die Beschäftigungstherapie ginge es ihm schlechter. Der andere sagte, er wisse sonst nicht, was er machen solle, und er gesteht: "Ich lasse mich lieber beraten, weil ich nicht selbständig bin." Bei beiden steht die Diagnose "selbstunsicherer Charakter". Diese Charakterstruktur konnte nicht beeinflußt werden.
Auch bei einem anderen Patienten mit der Diagnose "anankastische Persönlichkeit" ist eine bleibende Wirkung zu bezweifeln, obwohl es heißt, er habe durch den Klinikaufenthalt Auftrieb bekommen. Denn es steht dort auch, er sei ohne Ausdauer und Konzentration geblieben.
Drei weitere Patienten dieser Gruppe versagten ganz in der Beschäftigungstherapie.

Bei Patienten, die wegen Alkoholabusus behandelt werden, hält Janz die Beschäftigungstherapie für kontraindiziert, im Gegensatz zu den Arzneimittelsüchtigen.
Zwei der hier gewonnenen Befunde scheinen diese Ansicht zu bestätigen. - Von einem Studenten, der dazu noch Wesensveränderungen zeigte (nach Schädelbasisbruch), heißt es, er sei der Beschäftigungstherapie gegenüber völlig ablehnend. Er wurde in die Gärtnerei geschickt. - Ein anderer Alkoholiker weigerte sich ebenfalls, daran teilzunehmen.
Dem stehen 5 Patienten gegenüber, bei denen auch

die Beschäftigungstherapie etwas ausrichten konnte. - Einer von ihnen sagte, bei ihm bewirke die Beschäftigungstherapie Zufriedenheit. Und zwei andere meinten, es helfe zur Ablenkung. - Von einem Patienten heißt es, er habe gelernt, ausdauernd zu arbeiten, und von einer anderen Patientin, sie freue sich über das, was sie lernen kann und komme regelmäßig.
Die Zahl der Befunde ist zu gering, um ein umfassendes Urteil abzugeben über diese Indikation. Für die meisten Alkoholiker ist die Arbeitstherapie sicher besser.

Unter den 5 Patienten mit einer Arzneimittelsucht zeigten sich drei unbeeinflußbar. Zwei von ihnen hatten nach anfänglicher Begeisterung keine Durchhaltekraft.
Ein Patient gab an, die Beschäftigungstherapie habe eine beruhigende Wirkung auf ihn. - Eine andere Patientin wurde durch die Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie sehr gefesselt und erlebte sie als schöne Ablenkung. Sie konnte ausgezeichnet töpfern.
Es liegen bei diesen Patienten offenbar verschieden stark abnorme Charaktere vor, die dem entsprechend einen unterschiedlichen Grad der Beeinflußbarkeit aufweisen.

Unter den Patienten mit organischem Psychosyndrom gibt es viele, die wieder neuen Mut gewinnen dadurch, daß sie in der Beschäftigungstherapie etwas fertigbringen. Ihr Interesse wird hier wieder geweckt. - Ganz leichte, ansprechende Aufgaben sind geeignet für solche Patienten.
Andere sind aber so unfähig, sich zu konzentrieren und einen Arbeitsablauf - wenn er auch noch so einfach ist - zu behalten, daß es kaum gelingt, sie irgendwie zu fördern. Auch affektiv sind diese Patienten durch nichts mehr ansprechbar. Hier wird man dann ganz machtlos gegenüber Aussagen

wie: "Mir kann kein Doktor mehr helfen."

Die meisten Patienten mit psychoreaktiven Syndromen werden mit der Zeit oder auch sofort froher, zuversichtlicher und ausgeglichener, wenn sie in der Beschäftigungstherapie etwas Schönes fertigbringen. Sicher wirkt die ganze Atmosphäre in der Abteilung dabei ermunternd mit - die Tatsache, daß die Patienten nicht allein sind mit ihrer vermeintlichen Unfähigkeit und daß sie durch die vielen schönen Dinge angeregt und abgelenkt werden.
Unselbständigkeit und Antriebsarmut ließ sich bei 6 neurotischen Patienten hingegen nicht beeinflussen. Weitere 4 Patienten konnten nicht zur Ausdauer und Konzentration gebracht werden.
Auch die Patienten mit phobischen Symptomen zeigen sich in ihrer Symptomatik nicht beeinflußbar, obwohl sie sich willig zur Arbeit anregen lassen.
Bei 4 Patienten mit einer Zwangsneurose konnte die Symptomatik ebenfalls kaum beeinflußt werden.
5 andere Patienten mit anankastischer Symptomatik und eine mit schwerer Zwangsneurose waren gleich für eine Tätigkeit zu interessieren und hatten Freude daran. Zwei von ihnen sagten selber, es helfe zur Ablenkung. - Von zwei anderen Patienten mit der Diagnose "Zwangskrankheit" konnte nach anfänglichen Schwierigkeiten beim einen aggressive Ablehnung, beim anderen starke Verkrampfung durch eine fesselnde Tätigkeit überwunden und die Kranken zur Durchführung einer Arbeit gebracht werden.
Mehr als Ablenkung von den Symptomen durch das Interesse an der Beschäftigung konnte man auch nicht erwarten.
Eine direkte Beeinflussung vegetativer, konversionsneurotischer und hypochondrischer Symptome ist durch die Beschäftigungstherapie kaum zu erzielen.
4 von solchen Patienten waren lustlos und ohne

Ausdauer bei der Arbeit. - Allen anderen macht jedoch die Tätigkeit Freude, und sie empfinden sie als schöne Ablenkung. Viele gewinnen an Selbstvertrauen, Freude und Stetigkeit und erfahren so unter Umständen indirekt eine Hilfe, mit ihrer Symptomatik besser fertigzuwerden.

Auf die schweren psychogenen Sprechstörungen, unter denen 5 Patienten litten, hatte die Beschäftigungstherapie in den Augen dieser Kranken keinen helfenden Einfluß. Einer von ihnen meinte nur, sie helfe zur Ablenkung.

Jugendliche Patienten mit Pubertäts- und Entwicklungskrisen sind besonders schwer zu führen und zu beeinflussen.
4 von ihnen waren nicht dazu zu bringen, ausdauernd bei einer Arbeit zu bleiben.
Überhaupt tun diese jungen Patienten nur etwas, wenn sie Lust dazu haben und wenn sie etwas besonders anspricht.
Die meisten Patienten sind dann, wenn ihnen etwas gefällt, sehr eifrig und ausdauernd und werden auch selbstsicherer.
Wie Kienle in seinem Aufsatz betont, besteht die Aufgabe bei diesen Patienten darin, für sie eine Beschäftigung zu finden, die sie wirklich interessiert und fesselt und die Ansprüche an sie stellt, so daß sie sich gefordert wissen. Die Jugendlichen müssen spüren, daß sie menschlich anerkannt werden. Dann können sie auch ihre Unsicherheit und ihre Aggressionen verlieren.

Bei den Patientinnen mit psychogener Magersucht ist es wichtig, daß man sich mit ihnen abgibt und daß sie durch eine leichte Beschäftigung affektiv angesprochen und ermutigt werden.

Auf die Frage, inwiefern die Beschäftigungstherapie sich an der Tübinger Nervenklinik als wirksam erwiesen hat, läßt sich demnach folgende Antwort geben:

Die Beschäftigungstherapie hat ihren hohen therapeutischen Rang erwiesen als eine wertvolle und notwendige Ergänzung zu der gezielten Psycho- und Pharmakotherapie.

Im Gegensatz zu ihnen ist sie zu verstehen als eine verhältnismäßig unspezifische Allgemeintherapie.

Außerdem prägt sie den Tageslauf in der Klinik, indem sie hier einen ordnenden Kern bildet und die Ausnahmesituation eines Klinikaufenthalts in angenehmer und vorteilhafter Weise dem normalen Leben nähert.

Sie bedeutet daher die stärkste Abwehr gegen einen "psychischen Hospitalismus" und stellt eine Verbindung her zu den Anforderungen und Bedürfnissen und zu den Beziehungspersonen außerhalb der Klinik durch das Fertigen von Geschenken und Gebrauchsgegenständen für zu Hause und durch das Tätigsein überhaupt, was zum normalen Leben dazugehört.

Die Beschäftigungstherapie ist zu dem Wirkungsbereich zu zählen, von dem Schulte in seinem Aufsatz "Über das Herausgeraten aus der Neurose" sagt:[1)]

"Wenn ich die Frage nach dem gemeinsam Wirksamen stelle, dann ist es auch das unspezifische Engagement der Person, mit welchem eine neue Unbefangenheit zu leben erreicht werden kann."

---

1) Schulte, Studien zur heutigen Psychotherapie ( ), Seite 26

ZUSAMMENFASSUNG

Das Wesen der Beschäftigungstherapie wurde anhand der Literatur gekennzeichnet als eine Behandlungsweise, die durch Weckung spielerischer und schöpferischer Kräfte dem Patienten zu selbständigem, sinnvollem Tun verhelfen will und damit zu einer neuen, sachlich und affektiv gesunden Beziehung zur Umwelt.

An der Tübinger Nervenklinik wurden Untersuchungen angestellt, um zu erfahren, welchen therapeutischen Rang die Beschäftigungstherapie in ihr einnimmt.
Unter Verwendung verschiedener Methoden wurden 451 Patienten erfaßt, die in der Zeit von Januar 1963 bis Februar 1966 an der Beschäftigungstherapie teilgenommen haben. - Über 306 Patienten lagen objektive Befunde vor, von 135 wurden mittels eines Fragebogens (103) und durch Gespräche (32) subjektive Angaben gewonnen.
Das Untersuchungsmaterial wurde unter 9 Gesichtspunkten ausgewertet, welche die Art der Hilfe durch die Beschäftigungstherapie, die affektive Einstellung der Patienten zu ihr, die Wirkung auf Konzentration, Ausdauer, Ablenkung, Beruhigung und Selbstvertrauen betreffen, außerdem den Kontakt zu anderen innerhalb der Beschäftigungstherapie, die Selbständigkeit der Patienten und ihre Beurteilung der verschiedenen Materialien.

Ergebnisse:
73 von 103 Patienten erleben die Beschäftigungstherapie subjektiv als Hilfe. 105 von 306 werden objektiv gebessert.
21 von 103 Patienten erleben sie subjektiv nicht als Hilfe. 63 von 306 werden nicht gebessert.

9 von 103 sind unsicher über die Wirkung.
Die Hilfe wird in 41 von 103 Fällen erlebt als Ablenkung von der Krankheit oder von Langeweile.
32 sehen die Hilfe außerdem im sinnvollen Tun oder in der Gewinnung von Selbstvertrauen, Zufriedenheit, Beruhigung, Anregung, Freude.
32 von 57 Patienten werden objektiv hinsichtlich Konzentration, Ausdauer, Ablenkung oder Beruhigung gebessert oder haben es sofort. - 25 werden nicht gebessert.
26 von 31 Patienten werden im Selbstvertrauen objektiv gebessert oder haben es sofort. - 5 werden nicht gebessert.
64 von 103 Patienten erweisen sich subjektiv als selbständig. 12 lassen sich teilweise und 27 ganz von anderen beeinflussen. - Objektiv werden hinsichtlich der Selbständigkeit 29 von 37 gebessert oder haben es von Anfang an. 5 werden nicht gebessert.

83 von 103 Patienten geben subjektiv eine positive Einstellung zur Beschäftigungstherapie an. - 63 von 82 haben objektiv eine positive Einstellung. - 11 von 103 haben subjektiv eine schwankende Einstellung. - 9 von 103 haben subjektiv und 19 von 82 objektiv eine negative affektive Einstellung.

64 von 103 Patienten geben subjektiv guten Kontakt zu den anderen an. - 57 von 68 haben objektiv guten Kontakt. - 39 von 103 haben subjektiv und 11 von 69 objektiv kaum Kontakt zu anderen.

An Materialien wird am häufigsten und liebsten mit Peddigrohr gearbeitet. Es folgen in der Beliebtheit das Weben, dann Kupfer- und Emailleararbeiten und Holzarbeiten, weiter Tonarbeiten, Batik, Malen, Sägearbeiten, Näharbeiten, Drahtbiegearbeiten und verschiedenes.
Die Bevorzugung und die Wirkung der einzelnen Materialien sind krankheitsunspezifisch.

Die Beschäftigungstherapie erweist sich als Allgemeinbehandlung von hohem therapeutischem Wert, und sie stellt innerhalb der Klinik einen ordnenden Faktor im Tageslauf dar.

Die verschiedenen krankhaften Symptome werden indirekt durch eine Aktivierung und Stärkung gesunder Kräfte im Patienten beeinflußt.
In dem größten Teil der Fälle trägt sie dadurch zur Besserung der Patienten spürbar bei.

LITERATURVERZEICHNIS

1. BONBON,J. u. MACCAGNANI,G. u. VAESSEN,M. L. J.: Plastical Activity of Mental Patients in Semeiology and Psychotherapy. Confinia psychiatrica, 6, S. 4

2. BOLL,A. u. LAUSEN,I.: 15 Jahre Beschäftigungstherapie in der Bundesrepublik. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Jg.2, Nr.2, März 1962, S. 10-11

3. CARSTAIRS,G. M.: Psychotic Illness and Artistic Production. Nature, London, 16. Juni 1962, S. 1012-14

4. ERBSLÖH,J.: Farbenpsychologie, Farbentherapie und Farberziehung. Wissenschaftliches Beiblatt zur Materia medica Nordmarck, Nr. 51, Aug. 1964

5. FINCKH,V.: Beschäftigungstherapie in einer Nervenklinik. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Jg.2, Nr.2, Juni 1963, S. 3-4

6. Handbuch der Geisteskrankheiten: Bd.IV, Berlin 1929 Darin: Nitsche,P., Allgemeine Therapie. S. 3-46

7. Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie: Darin: Heyer,G. R., Bildnereien aus dem Unbewußten. Bd.IV, S.279-289 Und: Segers,J., Arbeitstherapie. Bd. V, S.1-19

8. HARLFINGER,H.: Psychiatrische Beschäftigungstherapie und Gruppentherapie. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Jg.6, Nr.2, 1967,S.15-17

9. HEINICHEN,I.: Meine Erfahrungen in der psychiatrischen Beschäftigungstherapie nach 10jähriger Tätigkeit. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Jg.6, Nr.1, März 1967, S. 17 - 19

10. HILLERS,F.: Entwicklung und Weg der Beschäftigungstherapie an den Warendorffschen Krankenanstalten in Ilten. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Jg.1, Nr.1, Dez. 1961, S. 16 - 18

11. HUGO,v.: Die Beschäftigungstherapie im Krankenhaus. - Protokoll der 2. Tagung der deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus am 9. Sept. 1928 in Leipzig. Zeitschrift f. das ges. Krankenhauswesen, 1929 S. 42

12. JENTSCHURA: Beschäftigungstherapie. Stuttgart 1959 Darin: Janz u. Hillers, Die Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie. S. 212-287

13. KANDINSKI,W.: Über das Geistige in der Kunst. Bern 1963, 7. Aufl. (Die 1. Aufl. erschien 1912)

14. KIENLE,G.: Zur künstlerischen und gruppenpädagogischen Behandlung der Pubertätskrisen. Zeitschrift f. Psychotherapie u. mediz. Psychologie, Jg.10, Jan.1960 S. 70

15. LANGEN,D.: Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Stuttgart 1956

16. LAUTER,H.: Soziale Gesichtspunkte in der psychiatrischen Beschäftigungstherapie. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, Jg.2, Nr.2, Juni 1963, S. 1-2

17. LINDINGER,H. u. BRIGL,H.: Gruppenpsychotherapie in Kombination mit Arbeitstherapie. Wiener Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 21, Mai 1963 S. 169

18. RUSSEL,J. I.: The Occupational Treatment of Mental Illness. London 1938

19. SCHÜCKING u. HUCHTHAUSEN: Leitfaden der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Darmstadt 1961

20. SCHULTE,W.: Klinik der "Anstalts"psychiatrie. Stuttgart 1962 Darin: Arbeits- und Beschäftigungstherapie. S. 55-78

21. ders. -: Studien zur heutigen Psychotherapie. Heidelberg 1964

22. TRAMER,M.: Arbeitstherapie. Über ihre Grundlagen, insbesondere die suggestiven Momente. Schweizer Arch. f. Neurologie u. Psychiatrie, 21, 1927, S. 187-213 und 22, 1928, S. 122-144

23. WILLARD,H. S. and SPACKMAN,C. S.: Occupational Therapy, 2. Aufl., Philadelphia, London, Montreal 1947

24. WINKLER,W. Th.: Die bildnerische Gestaltung als Spiegel psychopathologischer Phänomene und als therapeutische Hilfe. Therapeutische Berichte der Firma Bayer-Leverkusen, 165, Nr. 72

Herrn Professor Schulte danke ich herzlich für die Bereitstellung des Arbeitsgebiets und des Themas und für manche Anregung und Herrn Doz. Dr. Harlfinger für seine Hinweise bei der Durchführung der Untersuchungen und der Abfassung des Manuskripts. Ebenso bin ich den Beschäftigungstherapeutinnen zu Dank verpflichtet, die in den Jahren 1963-65 Kurzberichte über ihre Patienten verfaßt haben, namentlich Fräulein Tietze. Ihrem Bemühen um die Patienten ist es zuzuschreiben, daß diese Arbeit ein so erfreuliches Ergebnis vorweisen kann.

Lebenslauf

Am 19. November 1941 wurde ich, Irmgard Looden, in Oldenburg geboren. Mein Vater war Holzkaufmann. Er verstarb im Dezember 1945 in russischer Kriegsgefangenschaft.

In Oldenburg besuchte ich die Volksschule und das Mädchengymnasium und machte dort im Februar 1961 das Abitur.

Im Sommersemester 1961 begann ich in Göttingen mit dem Medizinstudium. Dort legte ich im Oktober 1963 das Physikum ab. Danach studierte ich in Tübingen bis zum Abschluß des medizinischen Staatsexamens am 28. Juli 1967.